ಎನ್.ಆರ್.ಹೆಚ್.ಎಂ.

ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಇತರರೊಂದಿಗೆ ಸೇರಿ ಚರ್ಚಿಸುವುದು







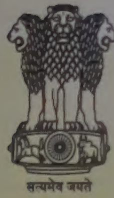


ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಮಂತ್ರಾಲಯ
ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ



ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ

ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಇತರರೊಂದಿಗೆ ಸೇರಿ ಚರ್ಚಿಸುವುದು



ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಮಂತ್ರಾಲಯ
ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ

ಪರಿವಿಡಿ

****

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಇತರರೊಂದಿಗೆ ಸೇರಿ ಚರ್ಚಿಸುವುದು

ಡಾ|| ಅಂಬುಮಣಿ ರಾಮದಾಸ್
ಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಚಿವರು
ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ

1. ದೇಶದ ವಿವಿಧ ನಗರ, ಹಳ್ಳಿ ಹಾಗೂ ಗುಡಿಸಲುಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ನೂರು ಕೋಟಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಜನರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಅವರ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಒಂದು ಸಾಹಸದ ಕೆಲಸವೇ ಸರಿ. ಈ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನಹರಿಸಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಸವಾಲಾಗಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದೆ. ಎಪ್ರಿಲ್ 2005ರಲ್ಲಿ ಮಾನ್ಯ ಪ್ರಧಾನ ಮಂತ್ರಿಗಳಿಂದ ಉದ್ಘಾಟನೆಯಾದ ಈ ಯೋಜನೆಯು ಅತ್ಯಂತ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಲಿದೆ. ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಸಚಿವ ಸಂಪುಟವು ಜುಲೈ 2006ರಲ್ಲಿ ವಿವರವಾದ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿದ ನಂತರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ರಾಜ್ಯ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯಗಳ ಇತರ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಭಾರತದಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿದೆ.



2. ಸುಮಾರು 5 ಲಕ್ಷ ಮೂವತ್ತು ಸಾವಿರ (5,30,000)ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಹಾಗೂ ಸಂಪರ್ಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಎಲ್ಲ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಸಮುದಾಯದ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ ಉಂಟಾಗಿದೆ. ದೇಶದ ಎಲ್ಲ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಾದ ಹೊರ ರೋಗಿ ತಪಾಸಣೆ, ಪರಿಕ್ಷಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಒಳ ರೋಗಿ ಆರೈಕೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡುವ ಸಹಾಯಧನವು ಹಿಂದಿಗಿಂತಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಬಡವರು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಮುಂದೆ ಬರುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯ 2005ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾದಾಗಿನಿಂದ ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಸುಮಾರು 50 ಲಕ್ಷ ಮಹಿಳೆಯರು ಈ ಯೋಜನೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ.

3. ಕೆಲವೊಂದು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಹಣಕಾಸಿನ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಂಡು ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಒತ್ತಡವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಂಡಿವೆ. ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಜನರಿಗೆ ದೊರಕಬೇಕಾದರೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಶ್ರಮವಹಿಸಬೇಕು. ಬಡ ಜನರು ಮೊದಲಿಗಿಂತ ಈಗ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮುಂದಿರುವ ಮುಖ್ಯ ಸವಾಲುಗಳೆಂದರೆ, ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮೇಲೆ ಮತ್ತೆ ವಿಶ್ವಾಸ ಮರುಸ್ಥಾಪನೆಯಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು. ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಸಿಗುವುದು ಎಂಬ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಬರುವ ಬಡ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ನಿರಾಶೆಯಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ತುರ್ತಾಗಿ ತಲುಪಿಸಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ರಾಜ್ಯಗಳೊಂದಿಗೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಸಹಬಾಗಿತ್ವ ಹೊಂದಿದೆ :

4. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಉದ್ದೇಶವು ರಾಜ್ಯಗಳು ನೀಡುವ ಸಹಕಾರದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯಗಳು ತಮಗೆ ಏನೂ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕು. ಜಿಲ್ಲಾ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅವುಗಳಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಲಾಗುವುದು. ರಾಜ್ಯ ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಈ ಹಿಂದೆ ಎಂದೂ ಅವುಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಅವುಗಳಿಗೆ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾಗುವಂತೆ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿರಲಿಲ್ಲ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ರಾಜ್ಯಗಳು ತಮಗೆ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುವ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನಿರ್ಧರಿಸಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು, ರಾಜ್ಯಗಳೊಂದಿಗೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಸಹಬಾಗಿತ್ವ ಹೊಂದಲು ಗುರಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿದೆ. ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ, ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಸಲಕರಣೆಗಳು, ಕೌಶಲ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಗಳು, ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು, ಕೌಶಲ್ಯ ಸುಧಾರಿಸುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ದಾರಾಳವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗಲಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮುಖ್ಯ ತತ್ವವೇನೆಂದರೆ, ಕಳೆದು ಹೋಗಿರುವ ವಿಶ್ವಾಸವನ್ನು ಮರಳಿ ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು. ಪಂಚಾಯತ್‌ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ ನೀಡುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜವಾಬ್ದಾರರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ನಿರ್ಮಲೀಕರಣ ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿ ಇವುಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯದ ಪಾಲುಗಾರಿಕೆಯೊಂದಿಗೆ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು.



5. ಹಳ್ಳಿಯಿಂದ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದವರೆಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ದತಿಯ ಎಲ್ಲ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮುಖಾಂತರ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯಗಳ ವಿಶೇಷ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಜನರ ಅವಶ್ಯಕತೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಪೂರೈಸುವುದು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆಡಳಿತ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸುದಾರಣೆ ಮಾಡಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಎಲ್ಲ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಎಲ್ಲ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ನೀಡಲಿದೆ.



ಶೂಶ್ರೂಕರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಶೂಶ್ರೂಕರು ಹಾಗೂ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ದಿನದ 24 ಗಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯಕವೆಂದು ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ತಿಳಿಸುವುದು.

6. ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇಬ್ಬರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡುವುದು, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದಿನದ 24 ಗಂಟೆಗಳ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸಲು ಪರೀಕ್ಷಾ ಸೌಲಭ್ಯದೊಂದಿಗೆ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲು 3 ಜನ ಶೂಶ್ರೂಕರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡುವುದು, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಆಯುಷ ವೈದ್ಯಾದಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಮನ್ವಯ ಸಾಧಿಸುವುದು. ಮೊದಲಿಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ವಿಶೇಷ ಪರಿಣತರನ್ನು ನೇಮಿಸಿಕೊಂಡು ಒಳ್ಳೆಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ರಾಜ್ಯಗಳು ಶೂಶ್ರೂಕರನ್ನು ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ವೈದ್ಯಕೇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರ ಅಥವಾ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೇಮಕ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇದೇ ರೀತಿ ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ವಿಷಯ ತಜ್ಞರನ್ನು ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ನೇಮಕ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಅತಿ ದೂರದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ಅವರ ಕರ್ತವ್ಯದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನವನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಹಿಂದುಳಿದ ಹಾಗೂ ದೂರದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನವನ್ನು ನೀಡಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಹಾಗೂ ಕೌಶಲ್ಯವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ.

ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾರ್ಯಭಾರವನ್ನು ಸುಲಭಗೊಳಿಸುವುದು :

7. ಸಹಕಾರ ಸಂಘಗಳನ್ನು ನೊಂದಾಯಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ (ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿ) ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾರ್ಯಭಾರವನ್ನು ಸುಲಭಗೊಳಿಸಲು ಇದನ್ನು ಕಾನೂನು ಬದ್ಧವಾಗಿ ಮಾಡಿದೆ. ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿಯ ಮುಖಾಂತರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಕಡುಬಡವರಿಗೆ ಉಚಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿದೆ. ಇದಲ್ಲದೆ, ಯಾರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಹಣ ಸಂದಾಯ ಮಾಡಲು ಸಮರ್ಥರಾಗಿದ್ದರೆ ಅವರಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ದರದಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸಲು ಅನುಕೂಲ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ನಡೆಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗಲು ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಂಪನ್ಮೂಲವಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿಯು ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಸಕ್ತಿ ವಹಿಸಿದರೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಕೊಡುವ ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯನ್ನು ಈ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೂ ಕೂಡಾ ಒದಗಿಸಬಹುದು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿ ಸುಧಾರಿಸಲು ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಒಂದು ಒಳ್ಳೆಯ ಸದಾವಕಾಶ ಒದಗಿಸಿದೆ.

8. ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಕೊಡಲಾದ ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯಿಂದ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಿಗೆ ಹೊಸ ಉತ್ಸಾಹ ಬಂದಿದೆ ಹಾಗೂ ಅವರಿಗೆ ಒದಗಿಸಲಾದ ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ ಅಳೆಯುವ ಯಂತ್ರ, ಸ್ಟೆತೊಸ್ಕೋಪಿ, ತೂಕದ ಯಂತ್ರ ಇತ್ಯಾದಿ ಒದಗಿಸುವುದರಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸಲು ಅನುಕೂಲವಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಅವರು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಒದಗಿಸಲು ಅನುಕೂಲವಾಗಿದೆ. ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಮೊದಲು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಂತೆ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಈಗ ಅವು ಸರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಹಲವಾರು

ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪಂಚಾಯಿತ್‌ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ನಿರ್ಮಲೀಕರಣ ಸಮಿತಿಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಕಡಿಮೆ ಸಮಯವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿವೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶವೇನೆಂದರೆ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಹಯೋಗದೊಂದಿಗೆ ಎಲ್ಲ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ, ನಿರ್ಮಲೀಕರಣ, ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ, ನೀರು ಹಾಗೂ ಶಿಕ್ಷಣ ಇಲಾಖೆಗಳನ್ನು ಒಂದೇ ಇಲಾಖೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ತರುವ ಉದ್ದೇಶ ಹೊಂದಿದೆ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಸಮಿತಿಗಳಿಗೆ ಕೊಡಲಾದ ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯಿಂದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಕೇರಳದ ಅಲ್ಲೋಸ್ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ನೀರಿನಿಂದ ಬರುವ ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲಾಗಿದೆ.

9. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ ದೂರದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವು ಒಂದು ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಮುಖ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ತರಬೇತಿ ನೀಡಲು ಹೊಸ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳದಲ್ಲಿ ಸುಶಿಕ್ಷಿತ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು (100) ನೂರು ಅತ್ಯಂತ ಕಠಿಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಆಯ್ದುಕೊಂಡು ಅವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ತರಬೇತಿ ನೀಡಿ ಅವರಿಗೆ ತಮ್ಮ ಹಳ್ಳಿಗೆ ಹೋಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ "ಆಶಾ" ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ಹಾಗೂ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ತರಬೇತಿ ನೀಡಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶ ಹೊಂದಿದೆ. ಇಂತಹ ನೇಮಕಾತಿಗಳಿಂದ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಾದ ಗೈರು ಹಾಜರಾಗುವುದನ್ನು ಬಗೆಹರಿಸಬಹುದು.



10. ಸಂಚಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಘಟಕಗಳಿಂದ ಹಲವಾರು ದೂರದ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೂ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಬಹುದು. ಉದಾ :- ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸುಸಜ್ಜಿತ ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಚಾರಿ ಘಟಕಗಳಿಂದ ರಾಜ್ಯದ ಮೂಲೆ ಮೂಲೆಗೂ ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ತಲುಪಿ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಿದೆ. ಇಂತಹ ಯಶಸ್ವಿ ಉದಾಹರಣೆಗಳು ಇತರ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿಯೂ ಜಾರಿಗೆ ಬರಬೇಕು ಎಂಬುದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಎಲ್ಲ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ತಂಡಗಳು ಇಂತಹ ಸಾಧನೆ ಮಾಡಿದ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಬೇಟಿ ನೀಡಿ ಅವರಿಂದ ಒಳ್ಳೆಯ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವುದನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಲಿದೆ. ಇದರಿಂದ, ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಬಹಳಷ್ಟು ತಿಳಿಯಲು ಅನುಕೂಲವಾಗಿದೆ. ಇಂತಹ ಒಳ್ಳೆಯ ಪದ್ದತಿಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡುತ್ತದೆ.

11. ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಸಹಬಾಗಿತ್ವದೊಂದಿಗೆ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಗುಜರಾತ್ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಚಿರಂಜೀವಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದ್ದು ಇದು ಖಾಸಗಿ ಪ್ರಸೂತಿ ತಜ್ಞರು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡುವುದನ್ನು ತೋರಿಸಿ ಕೊಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಇಂತಹ ಅನೇಕ ಉದಾಹರಣೆಗಳನ್ನು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷಾ ಸೌಲಭ್ಯದಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳವರೆಗೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಸಹಬಾಗಿತ್ವ ಹಾಗೂ ಸೇವೆಯ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿದೆ. ಇವೆಲ್ಲವನ್ನು ನೋಡಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪರಿಣಿತರನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಪತ್ತು ಎಂದು ಗುರುತಿಸಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಲು ಇಲ್ಲಿ ಅವಕಾಶವಿದೆ.

12. ದೂರದಲ್ಲಿರುವ ಅತಿ ಕಡುಬಡವರ ಪ್ರತಿ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿನಯಾನದ ಸೇವೆಯು ಮುಖ್ಯ ಎಂದು ಆಶಿಸುವ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ



ಭಾಗ – 1

ಸಂದರ್ಭ

ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಮೂಲ / ಆಧಾರ



ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಸಂದರ್ಭ ಹಾಗೂ ಆಧಾರ ರೇಖೆ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು 12 ಎಪ್ರಿಲ್ 2005 ರಂದು ಮಾನ್ಯ ಪ್ರಧಾನ ಮಂತ್ರಿಗಳಿಂದ ಉದ್ಘಾಟನೆಯಾಯಿತು. ಇದರ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶ ದೂರದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಅತಿ ಕಡು ಬಡತನದ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಸಮೀಪದ, ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ ಮತ್ತು ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಆಗಿದೆ. ಇದರ ವಿಸ್ತಾರವಾದ ಕಾರ್ಯ ವರದಿಯನ್ನು ಪ್ರಧಾನ ಮಂತ್ರಿಗಳ ಅಧ್ಯಕ್ಷತೆಯ ಸಚಿವ ಸಂಪುಟವು ಜುಲೈ 2006ರಲ್ಲಿ ಅನುಮೋದಿಸಿದೆ. ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗಮನಹರಿಸಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಅಭಿಯಾನದ ಉದ್ದೇಶವು ಸಂಪೂರ್ಣ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಣಗೆ ಸಮುದಾಯದ ಒಡೆತನದ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ವಿಕೇಂದ್ರಿಕರಣಗೊಳಿಸಿ ಎಲ್ಲ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಅಂತರ ಇಲಾಖೆಯ ಸಹಕಾರ ಹೊಂದುವುದು ಆಗಿದೆ. ಒಂದೇ ವೇಳೆಗೆ ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಗಳಾದ ನೀರು, ನಿರ್ಮಲಿಕರಣ, ಶಿಕ್ಷಣ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಲಿಂಗ ಸಮಾನತೆಯ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಸಕ್ತಿವಹಿಸುವುದು. ಎಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗಾಗಿ ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಮೇಲೆ ಬೆಳಕನ್ನು ಚೆಲ್ಲುವುದು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯು ಹಳ್ಳಿಯಿಂದ ಜಿಲ್ಲಾ ಹಂತದವರೆಗೆ ತನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ದತಿಯನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯವು ರಾಜ್ಯದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ

ಆರೋಗ್ಯ ಇದು ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದು ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ರಾಜ್ಯದ ನಾಯಕತ್ವದ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿದೆ. ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರ ಮಾತ್ರ ಕೇವಲ ಸುಧಾರಣೆ ಹಾಗೂ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಒಳ್ಳೆಯ ಪದ್ಧತಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಹಾಗೂ ಸುಧಾರಣೆ ತರಲು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಮುಖಂಡತ್ವ ಹಾಗೂ ಸಹಭಾಗಿತ್ವವನ್ನು ಹೊಂದಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಅವಕಾಶ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿದೆ. ಆಯಾ ರಾಜ್ಯಗಳ ಮುಖ್ಯ ಮಂತ್ರಿಗಳು ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಾಗಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನಕ್ಕೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯಿತಿಯ ಅಧ್ಯಕ್ಷರು ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಎಲ್ಲ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಎಲ್ಲ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ವಿಲೀನಗೊಂಡರು ಕೂಡಾ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಒದಗಿಸಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ







ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವೊಂದೇ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಗಳಿಗೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಬಾಂಧವ್ಯ ಬೆಸೆದಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಒಳಗಡೆ ಹಾಗೂ ಅಂತರ ವಿಭಾಗ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಲು ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅರುಣಾಚಲ ಪ್ರದೇಶದ ದೂರದ ಜಿಲ್ಲೆಯಿಂದ ಮರಳುಗಾಡಿನ ರಾಜಸ್ಥಾನದವರೆಗೂ, ಕಾಶ್ಮೀರದ ಜಿಲ್ಲೆಯಿಂದ ಕೇರಳದವರೆಗೂ, ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಯೋಜನೆಗಳ ವಿಕೇಂದ್ರಿಕರಣವನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಾದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಮತ್ತು ನಿರ್ಮಲೀಕರಣ ಸಮಿತಿಗಳು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮಿತಿಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಪದ್ದತಿಯನ್ನು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಜವಾಬ್ದಾರರನ್ನಾಗಿಸಿದೆ. ಮುಕ್ತನಿಧಿ ಹಾಗೂ ಸರಳವಾದ ಆರ್ಥಿಕ ಪದ್ದತಿಯಿಂದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಹೊಸ ಸುಧಾರಣೆ ತರಲು ಹಾಗೂ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಮುದಾಯಗಳು ತಾವೇ ನಿರ್ಧಾರಕೈಗೊಳ್ಳಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಜನರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಜನರ ಕೈಯಲ್ಲಿಯೇ ಕೊಡುವುದು ಇದರ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯಗಳ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಬೇಕಾದರೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ರಾಜ್ಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇದು ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದ ಹಾಗೂ ಸ್ವತಂತ್ರವಾದ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಹಾಗೂ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಅದೃಷ್ಟವಶಾತ್ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನಕ್ಕೆ ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳಾದ (NFHS – 3 –2005-06, NSSO 60ನೇ ಬಾರಿ 2004, SRS – RGI 2005, DLHS – 2002) ಇವುಗಳು ಆಧಾರದ ರೇಖಾ ಅಂಕಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳನ್ನು ಮುಂದೆ ಬರುವ ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಅಳೆಯಬಹುದು. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೊರಬಂದಿರುವ ವರದಿಯು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಪ್ರಗತಿಯ ವಿವರವನ್ನು ಅಂಕಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಂದ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಸಾಧನೆಗಳನ್ನು ಹೇಳುವುದು ಕಷ್ಟ. ಒಳ್ಳೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಕ್ಕಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ಏಕಕಾಲದಲ್ಲಿ ನೀಡಿದರೆ ಒಳ್ಳೆಯದು. ಒಟ್ಟು ನಿರ್ಮಲೀಕರಣ ಪ್ರಚಾರವು ನೀರು ಮತ್ತು ನಿರ್ಮಲೀಕರಣಗಳ ಅಗತ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸಿದರೆ, ಸರ್ವಶಿಕ್ಷಾ ಅಭಿಯಾನವು ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಶಿಕ್ಷಾ ಅಭಿಯಾನವು ಮೂಲ ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಉದ್ಯೋಗ ಖಾತ್ರಿ ಯೋಜನೆಯು ತೊಂದರೆಯಲ್ಲಿರುವ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಬಡವರಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯದ ಆದೇಶದ ಮೇರೆಗೆ ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲ ಕಡೆಗೂ ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿ ಮಾಡುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಇಂತಹ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಮಾಡಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಒಂದು ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಅವಕಾಶವಾಗಿದೆ.



ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮುಖ್ಯಾಂಶಗಳು

ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ :

ಅಂಶಗಳು	ಆಧಾರ ಹಾಗೂ ವಿಷಯ	ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೋಟ
1. ಶಿಶು ಮರಣ ದರ	ಎಸ್.ಆರ್.ಎಸ್. ಆರ್.ಜಿ.ಐ.ಎಸ್. ಕಚೇರಿ 2004	ಭಾರತ–58, ಕೇರಳ ಅತಿ ಕಡಿಮೆ–12, ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು–79, ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ
2. ತಾಯಿ ಮರಣ ದರ	ಎಸ್.ಆರ್.ಎಸ್. 2003	ಭಾರತ–301, ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಕೇರಳ–110, ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು–517 ಉತ್ತರಾಂಚಲ–2001–03
3. ಆಸ್ಪತ್ರೇತರ ಆರೈಕೆ (ಸರ್ಕಾರಿ ಮೂಲಗಳಿಂದ)	ಎಸ್.ಆರ್.ಎಸ್.60ನೇ ಬಾರಿ 2004	ಭಾರತ–22%, ಅತಿ ಕಡಿಮೆ–5%, ಬಿಹಾರ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು–68%, ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ
4. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಒಳ ರೋಗಿ ಆರೈಕೆ	ಎಸ್.ಆರ್.ಎಸ್.–60ನೇ ಬಾರಿ 2004	41.7% ಭಾರತ, 14.4% ಬಿಹಾರ ಅತಿ ಕಡಿಮೆ, 91.3% ಜಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಾಶ್ಮೀರ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು
5. ಪ್ರತಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸಾಧಾರಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಖರ್ಚು/ವೆಚ್ಚ	ಎಸ್.ಆರ್.ಎಸ್.–60ನೇ ಬಾರಿ 2004	ರೂ.3238/– ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಇದಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ರೂ.7408/–
6. ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು	DLHS ಹಾಗೂ Facility ಸರ್ವೆ IIPS ಸಹಭಾಗಿತ್ವದೊಂದಿಗೆ 2003	ಇದಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಸೌಲಭ್ಯ ಕನಿಷ್ಠ 60%, ಎಫ್.ಆರ್.ಯು.–76%, 63% ಸಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ. ಸಾಕಷ್ಟು ಸೌಲಭ್ಯವಿದೆ. 61% ಎಫ್.ಆರ್.ಯು ಹಾಗೂ 46% ಸಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ. ಸಾಕಷ್ಟು ಸಲಕರಣೆಗಳಿವೆ. 32% ಎಫ್.ಆರ್.ಯು. ಮತ್ತು 24% ಸಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ. ಯಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಪೂರೈಕೆಯಿದೆ ಮತ್ತು 37% ಎಫ್.ಆರ್.ಯು. ಹಾಗೂ 14% ಸಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ. ಯಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯಿದೆ. ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಯುತ್ತಿದ್ದ ಮೂರು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ 58% ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ. ಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ, 6% ಎಂ.ಟಿ.ಪಿ., 22% ಶಿಶು ಆರೈಕೆ, 65% ಐ.ಯು.ಡಿ. ಅಳವಡಿಕೆ ಹಾಗೂ 41% ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸಿಬ್ಬಂದಿ 90%, ತಮಿಳುನಾಡು, ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ ಹಾಗೂ ಕೇರಳದಲ್ಲಿ ಇದೆ. ಅತಿ ಕಡಿಮೆ 20% ಒರಿಸ್ಸಾ, ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಲ ಹಾಗೂ ಬಿಹಾರದಲ್ಲಿದೆ.

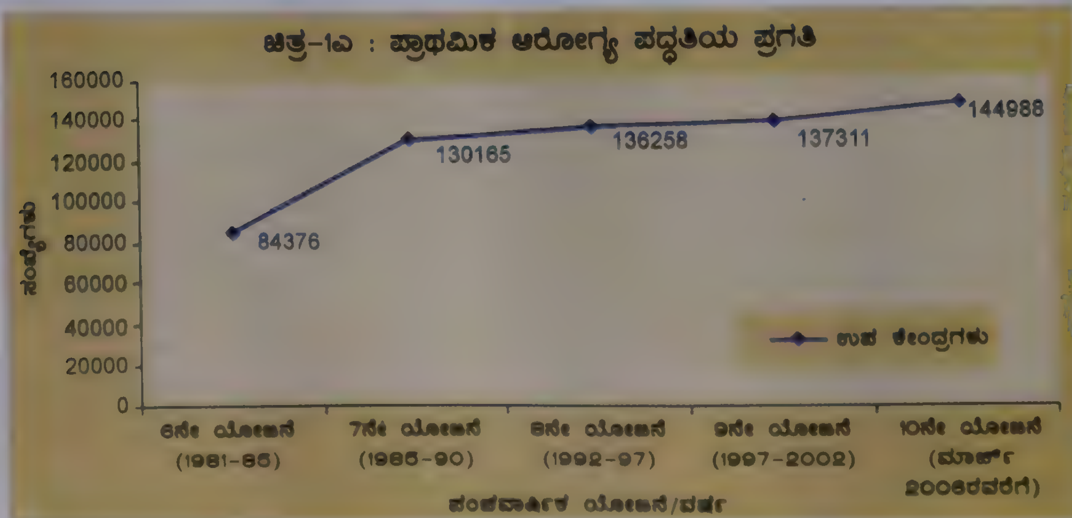


7. ಮಹಿಳೆ ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಹೀನತೆ	NFHS 2005-06	79.1% 6-35 ತಿಂಗಳಿನ ಮಕ್ಕಳು ರಕ್ತ ಹೀನತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. 56.1% 15-49 ವಯಸ್ಸನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ರಕ್ತ ಹೀನತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.
8. ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು	NFHS 2005-06	ಕೇವಲ 43.5% ಮಕ್ಕಳು ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.
9. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಜನನ 3 ಬಾರಿ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಬೇಟಿ, ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಭೇಟಿ	NFHS 2005-06	40.7% ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಜನನ, 50.7% 3 ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ ಭೇಟಿ, 36.4% ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಭೇಟಿ.
10. ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ	Facus - ಸಮಿಕ್ಷೆ - 2004 ತಮಿಳುನಾಡು, ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ, ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ, ರಾಜಸ್ಥಾನ, ಚತ್ತಿಸ್‌ಗಡ್ ಹಾಗೂ ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ	32% ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಜ್ವರ, 21% ಬೇದಿ, 17% ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು, 11% ಅಶಕ್ತತೆ, 5% ಚರ್ಮರೋಗ, 2% ಕಣ್ಣಿನ ಸೊಂಕು ಇವುಗಳು ಸಮೀಕ್ಷೆಯ 2 ವಾರಗಳ ಕಾಲ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. 50% ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಕ್ಕಳು ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

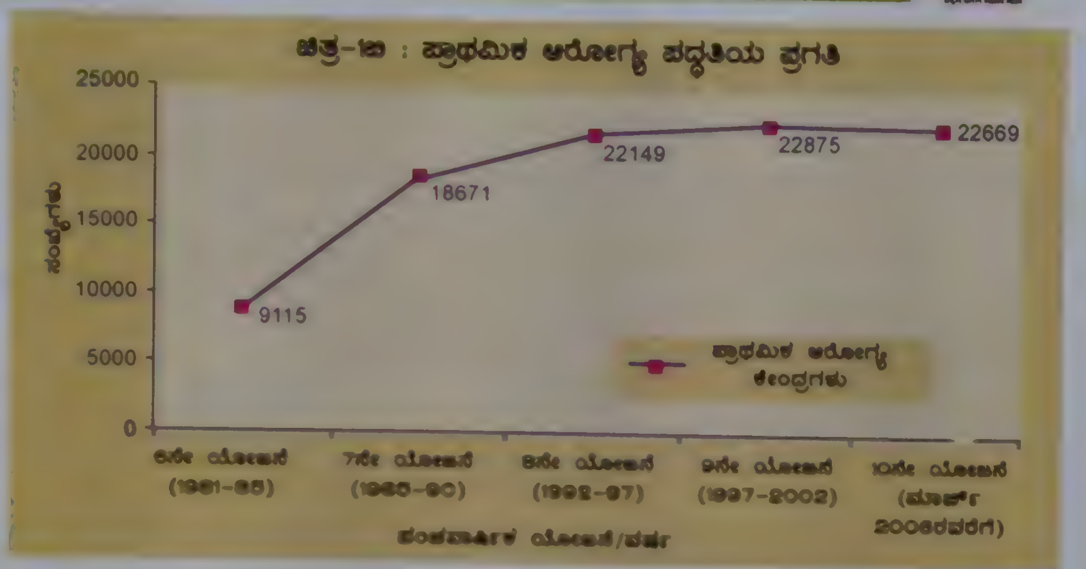
ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು

ಕೇಂದ್ರ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆ

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣದ ಎಲ್ಲ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಪದ್ಧತಿಯ ಮುಖಾಂತರ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಪದ್ದತಿಯ ಉಪಕೇಂದ್ರ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಎಂಬ ಮೂರು ಹಂತದ ಪದ್ದತಿಯು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಪದ್ದತಿಯ ಮೂರು ಆಧಾರ ಸ್ಥಂಬಗಳಿದ್ದಂತೆ. ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸುವುದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಪದ್ದತಿ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯದ ಹಿತ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ತುಂಬಾ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ.

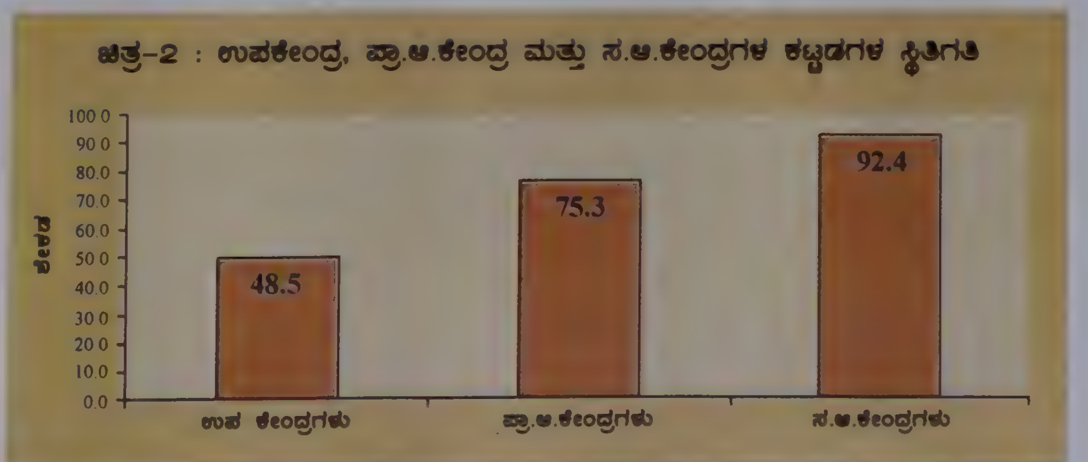


ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು 6ನೇ ಯೋಜನೆ (1981–85) ಕೊನೆಗೆ ನೋಡಿದರೆ 84,376 ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳಿದ್ದು, 7ನೇ ಯೋಜನೆಯ ಕೊನೆಗೆ ಇದರ ಸಂಖ್ಯೆ 1,30,165 ಇತ್ತು, 8ನೇ ಯೋಜನೆಯ (1992–97) ಕೊನೆಗೆ 1,36,258ಕ್ಕೆ ಏರಿದೆ. ಸದ್ಯ ಮಾರ್ಚ್ 2006ರ ವರೆಗೆ 1,44,988 ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳು ದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನಕ್ಕಿಂತ ಮೊದಲು ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ಅನುಮೋದನೆಯ 1991ರ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿಸಿತ್ತು. ಈಗ ಇದೆಲ್ಲವು 2001ರ ಜನಗಣತಿ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನಡೆಯುತ್ತಿದೆ. ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಅನುಷ್ಠಾನದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನಡೆಯುತ್ತಿದೆ. ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಕೊಟ್ಟಿರುವ ಅಂಕಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಂದ ತಿಳಿಯಬಹುದು.





ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು 6ನೇ ಯೋಜನೆಯ (1981–85) ಕೊನೆಗೆ 9115, 7ನೇ ಯೋಜನೆ (1985–90) ವೇಳೆಗೆ 18671. ಇದು 8ನೇ ಯೋಜನೆ ಅಂತ್ಯದ ವೇಳೆಗೆ (1992–97) 22149, ಮಾರ್ಚ್ 2006ರ ವರೆಗೆ. ದೇಶದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 22669 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಉಪಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸಾಧಿಸಿರುವ ಪ್ರಗತಿಯಂತೆ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು ಕೂಡಾ 6ನೇ ಯೋಜನೆ ಕೊನೆಗೆ (1981–85) 761, 7ನೇ ಯೋಜನೆ ಕೊನೆಗೆ (1985–90) 1910, 8ನೇ ಯೋಜನೆಯ (1992–97) 2633, ಮಾರ್ಚ್ 2006ರ ಅಂತ್ಯದವರೆಗೆ ಒಟ್ಟು 3910 ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. 2001ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ 20903 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು, 4803 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹಾಗೂ 2653 ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳು ಕಡಿಮೆ ಇರುತ್ತವೆ.

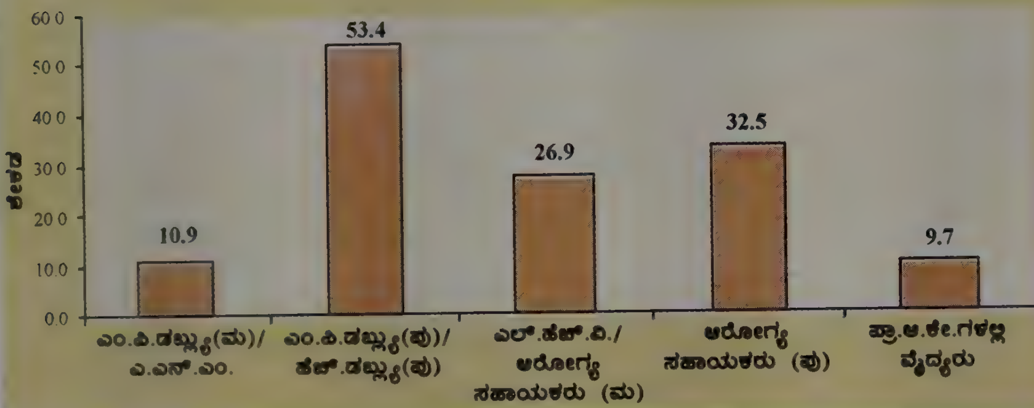


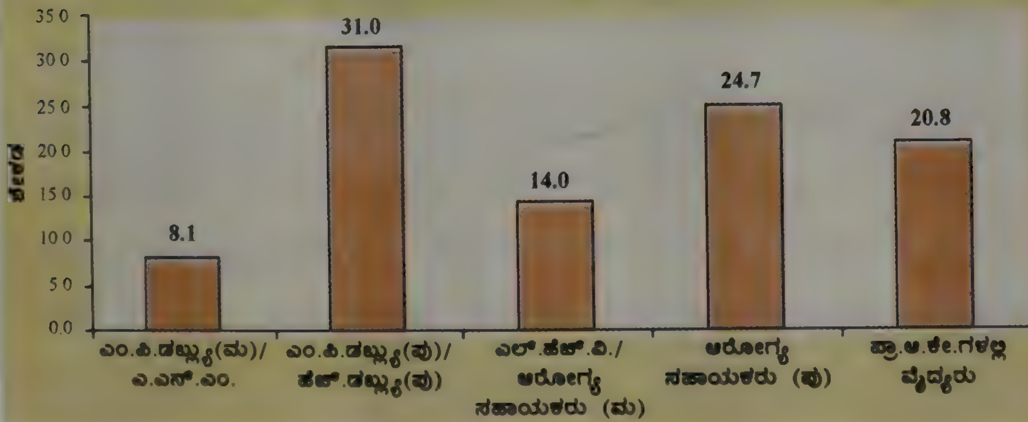
ಕಟ್ಟಡಗಳ ಸ್ಥಿತಿ

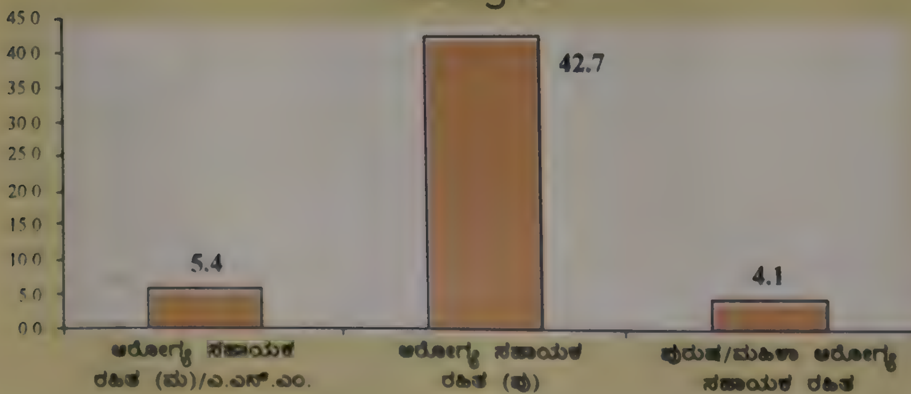
ಸುಮಾರು 48.5% ರಷ್ಟು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು 75.3% ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು 92.4% ರಷ್ಟು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸರ್ಕಾರಿ ಕಟ್ಟಡದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಉಳಿದವುಗಳು ಬಾಡಿಗೆ ಕಟ್ಟಡದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಬಾಡಿಗೆ ರಹಿತ ಪಂಚಾಯತ್/ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಕಟ್ಟಡದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಮಾರ್ಚ್ 2006ರ ಅಂತ್ಯದ ವೇಳೆಗೆ 68848 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಕಟ್ಟಡ ಕಟ್ಟಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅದರಂತೆ, 3875 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, 188 ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಕಟ್ಟಡಗಳು ಕಟ್ಟಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ

ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಸಧ್ಯ ಲಭ್ಯ ಇರುವ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಂಡು ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಮಾರ್ಚ್ 2006ರ ಅಂತ್ಯದವರೆಗೆ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ಹುದ್ದೆಗಳು ಶೇಕಡಾ 10.9% ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಇರುತ್ತವೆ. ಅದರಂತೆ, 53.4% ರಷ್ಟು ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ಹುದ್ದೆಗಳು ಕಡಿಮೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಹಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು ಶೇಕಡಾ 26.97 ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಹಿರಿಯ ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು ಶೇಕಡಾ 32.5% ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಶೇಕಡಾ 9.7% ರಷ್ಟು ಹುದ್ದೆಗಳು ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.





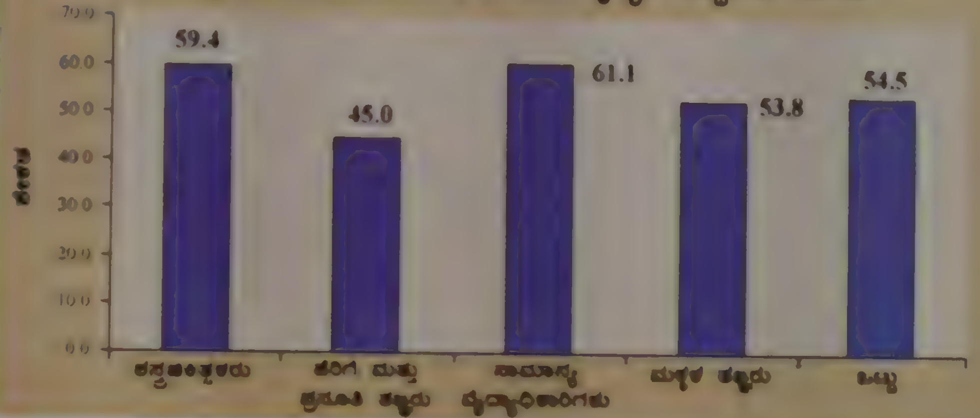


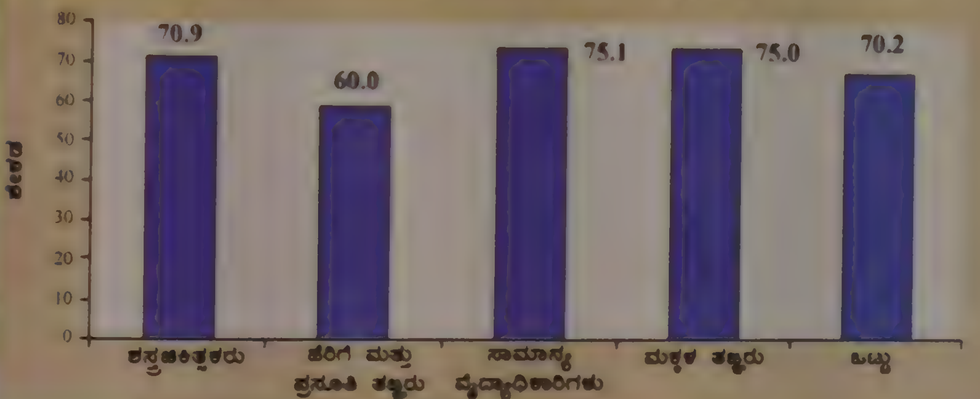
ಎಲ್ಲಾ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಮಂಜುರಾದ ಹುದ್ದೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೂಡಾ ಸಾಕಷ್ಟು ಹುದ್ದೆಗಳು ಖಾಲಿ ಇರುತ್ತವೆ. ಉದಾ :– ಶೇಕಡಾ 81.17 ರಷ್ಟು ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಹಿಳಾ ಸಹಾಯಕರ ಹುದ್ದೆಗಳು, ಖಾಲಿ ಇದ್ದು. ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ಶೇಕಡಾ 31% ರಷ್ಟು, ಶೇಕಡಾ 14% ರಷ್ಟು ಹಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಹುದ್ದೆಗಳು, ಶೇಕಡಾ 24.7% ರಷ್ಟು ಹಿರಿಯ ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ಹುದ್ದೆಗಳು ಹಾಗೂ ಶೇಕಡಾ 20.8% ರಷ್ಟು ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಮಂಜೂರಾದ ಹುದ್ದೆಗಳು ಖಾಲಿ ಇರುತ್ತವೆ.

ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಸದ್ಯ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದಾಗ

ಇದರಿಂದ ಕಂಡು ಬರುವುದೇನೆಂದರೆ ಶೇಕಡಾ 5.4% ರಷ್ಟು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಶೇಕಡಾ 42.7% ರಷ್ಟು ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು, ಶೇಕಡಾ 4.1% ರಷ್ಟು ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಹಾಗೂ ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು, ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದ ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ಹುದ್ದೆಗಳು ಖಾಲಿ ಇರುವುದನ್ನು ಎತ್ತಿ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಹಾಗೂ ಇತರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಪುರುಷರ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಅತೀ ಕಡಿಮೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಮೇಲೆ ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗುತ್ತದೆ.







ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು ಸಮುದಾಯ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ನಡುವೆ ಮೊದಲ ಸಂಪರ್ಕ ಕೇಂದ್ರವಾಗಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳೆಂದರೆ ಅಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹಾಗೂ ಅರೆವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯಾಗಿದೆ. ಮಾರ್ಚ್ 2006ರ ಅಂತ್ಯದ ವೇಳೆಗೆ ಶೇಕಡಾ 7.5% ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಾದಿಕಾರಿಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಅದರಂತೆ, ಶೇಕಡಾ 38.97% ರಷ್ಟು ಕಿರಿಯ ಪ್ರಯೋಗ ಶಾಲಾ ತಂತ್ರಜ್ಞರು ಹಾಗೂ ಶೇಕಡಾ 17.77% ರಷ್ಟು ಔಷದ ತಜ್ಞರು ಲಭ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ವಿಶೇಷ ತಜ್ಞವೈದ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು, ಹೆರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರಸೂತಿ ತಜ್ಞರು, ಸಾಮಾನ್ಯ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳ ತಜ್ಞರು ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ.

ಸದ್ಯ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮಂಜೂರಾದ ವಿಶೇಷ ತಜ್ಞರ ಹುದ್ದೆಗಳು ಶೇಕಡಾ 59.4% ರಷ್ಟು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು, ಶೇಕಡಾ 45.% ರಷ್ಟು ಹೆರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರಸೂತಿ ತಜ್ಞರು, ಶೇಕಡಾ 61.1% ರಷ್ಟು ಸಾಮಾನ್ಯ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಶೇಕಡಾ 53.8% ರಷ್ಟು ಮಕ್ಕಳ ತಜ್ಞರ ಹುದ್ದೆಗಳು ಖಾಲಿ ಇರುತ್ತವೆ. ಎಲ್ಲಾ ಸೇರಿ ಸುಮಾರು ಶೇಕಡಾ 54.5% ರಷ್ಟು ಮಂಜುರಾದ ಹುದ್ದೆಗಳು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಲಿ ಇರುತ್ತವೆ. ಆದರೂ ಕೂಡಾ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡಾ 70.2% ರಷ್ಟು ವಿಶೇಷ ಪರಿಣಿತಿ ಹೊಂದಿದ ವೈದ್ಯರು ಸದ್ಯ ಇರುವ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ಕಡಿಮೆ ಇರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ.

ಇದರಿಂದ, ಕಂಡು ಕಂಡುಬರುವುದೇನೆಂದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಲು, ಅದರಲ್ಲೂ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವು ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರುವುದು ಸವಾಲಿನ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ



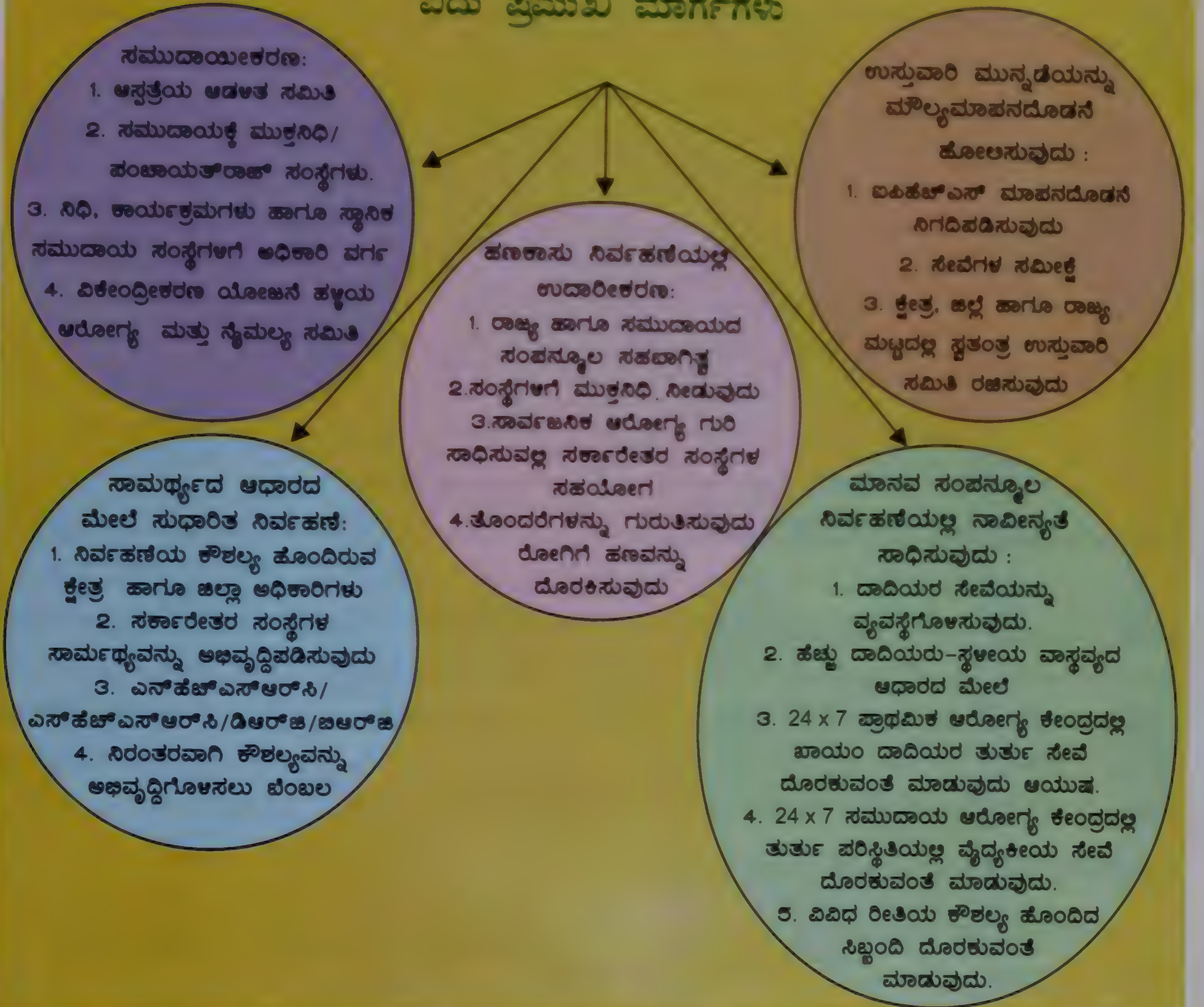
ಭಾಗ – 2

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮುಂದಿರುವ ಸವಾಲುಗಳು ಹಾಗೂ ಅದರ ಮುಖ್ಯ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು

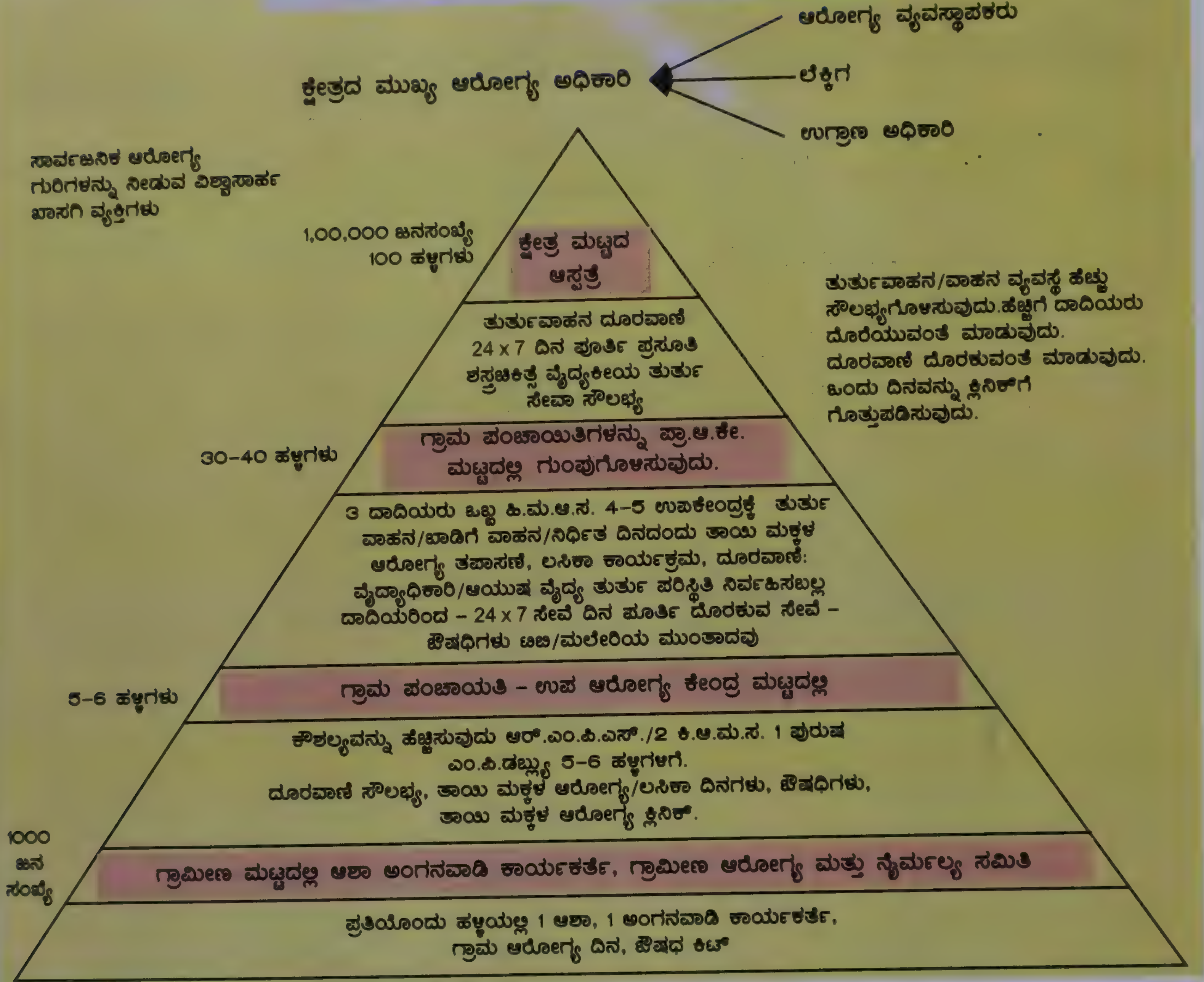
ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮುಂದಿರುವ ಸವಾಲುಗಳು ಹಾಗೂ ಅದರ ಮುಖ್ಯ ಮಾರ್ಗ ಸೂಚಿಗಳು

ಮೇಲಿನ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳಿಂದ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ನಿಚ್ಚಳವಾಗಿ ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ನಿರ್ಣಾಯಕ ಅಂಶಗಳಿದ್ದು ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಏಕಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮಹತ್ತರ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತರುವುದು ಒಂದು ಬೃಹತ್ ಕಾರ್ಯವೆನ್ನಬಹುದು. ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಅಧ್ಯಯನ ಹಾಗೂ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ರಾ.ಗ್ರಾ.ಆ.ಅ. ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ನಿರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಕೆಳಗಿನ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಯನ್ನು ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿ ನಮೂದಿಸಲಾಗಿದೆ.



ಆರೋಗ್ಯವು ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಿಷಯವಾಗಿದ್ದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ರಾಜ್ಯಗಳ ಜೊತೆ ಕೈಜೋಡಿಸುವ ಮೂಲಕ ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅಧಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಯತ್ನವಾಗಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮೂಲಕ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳನ್ನು ಕ್ರೀಯಾಶೀಲವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು ಮತ್ತು ನಾವಿನ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಉದಾರತೆಯ ಮೂಲಕ ಅಭಿಯಾನದ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಸಫಲತೆ ಕಾಣಬಹುದು.



ಎಲ್ಲ ಹಂತಗಳಲ್ಲೂ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ, ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲೇ ವಾಸ್ತವ್ಯ ಮಾಡುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡುವುದು, ಹೆಚ್ಚು ಹಣ ಪೂರೈಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಜನನೀ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು ಇವುಗಳು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶ. ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಹಯೋಗದಿಂದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ವಿಶೇಷ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರ ಮೂಲಕ ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು. ಪ್ರತಿ ವರ್ಷವೂ 30,000 ವೈದ್ಯರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜ್‌ನಿಂದ ಹೊರಬರುತ್ತಿದ್ದರೂ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ 750 ದಶಲಕ್ಷ ಜನಗಳಿಗೆ ಕೇವಲ 26,000 ವೈದ್ಯರು ಮಾತ್ರ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಅಭಿಯಾನದ ಗುರಿ, ತಂತ್ರಗಾರಿಕೆ ಮತ್ತು ಫಲಿತಾಂಶ

ಜನಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ದತಿ. ಅದರಲ್ಲೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಭಿಯಾನವು ಸರ್ವರಿಗೂ ಸಮನಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದಲ್ಲದೇ ಜನತೆಯ ಬೇಡಿಕೆಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವುದೇ ಆಗಿದೆ. ತಾಯಿ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು, ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ದೃಢತೆ ಸಾಧಿಸುವುದು, ಲಿಂಗ ವ್ಯತ್ಯಾಸದಲ್ಲಿ ಸಮಾನತೆ ಸಾಧಿಸುವುದು, ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಸಮತೋಲನ ಸಾಧಿಸುವುದು. ಇವುಗಳ ಮೂಲಕ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿಯ ಗುರಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಸಹಸ್ರ ಮಾನದ ಗುರಿಯನ್ನು ತಲುಪಲು ಸಹಾಯಕ ಆಗುವುದು.

- ಈ ಗುರಿಯನ್ನು ತಲುಪಲು ಅಭಿಯಾನವು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮತ್ತು ಉಪಯೋಗಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.
- ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ, ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಜೊತೆ ಪರಸ್ಪರ ಕೈಜೋಡಿಸುವುದು.
- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಸಂಪನ್ಮೂಲ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಪಂಚಾಯತ್‌ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಲು ವೇದಿಕೆ ನಿರ್ಮಾಣ.
- ಸಮಾನತೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯ ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.
- ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ತಮ್ಮದೇ ಆದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯವನ್ನು ಹುರಿದುಂಬಿಸಿ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ರೂಪಿಸಲು ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
- ಅಂತರ ಇಲಾಖಾ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ತಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ರೂಪಿಸುವುದು.



ಅಭಿಯಾನದ ಗುರಿಗಳು

- ಶಿಶುಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ, ತಾಯಿಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವುದು.
- ಸರ್ವರಿಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು. ಅವುಗಳು ಯಾವುದೆಂದರೆ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ, ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ, ನೀರು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಹಾಗೂ ಸ್ವಚ್ಛತೆ ಲಸಿಕೆ ಹಾಗೂ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ.
- ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕವಲ್ಲದ ರೋಗಗಳು. ಅಲ್ಲದೇ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಏಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ರೋಗಗಳು (Endemic) ಬರದಂತೆ ಹಾಗೂ ಹರಡದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟುವುದು.
- ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯ ಸಲಕರಣೆಗಳು ದೊರಕುವಂತಿರಬೇಕು.
- ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ದೃಢತೆ, ಲಿಂಗ ಹಾಗೂ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಸಮತೋಲನ.
- ಪಾರಂಪರಿಕವಾಗಿ ಬಂದಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿ ಪುನಃ ಚೇತನಗೊಳಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಆಯಷ್‌ನ್ನು ಮುಖ್ಯವಾಹಿನಿಗೆ ತರುವುದು.
- ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನ ಕ್ರಮವನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದು.

ಅಭಿಯಾನದ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು

- 2012ರ ವೇಳೆಗೆ ಶಿಶುಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ 30/1000 ಜೀವಂತ ಜನನಕ್ಕೆ ಇಳಿಕೆ ಆಗಬೇಕು.
- 2012ರ ವೇಳೆಗೆ ತಾಯಿಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ 100/10,00,000 ಇಳಿಕೆ ಆಗಬೇಕು.
- 2012ರ ವೇಳೆಗೆ ಒಟ್ಟು ಫಲವತ್ತತೆ 2.1ಗೆ ಇಳಿಕೆ ಆಗಬೇಕು
- 2010ಕ್ಕೆ ಮಲೇರಿಯಾದಿಂದ ಸಂಭವಿಸುವ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ – 100%, 10% ಕೂಡಿಸಿ 2012.
- 2010ಕ್ಕೆ ಕಾಲಾ ಅಜಾರ್ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ – 100% ಹಾಗೂ ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ನಿರ್ಮೂಲನ 2012ರ ವೇಳೆಗೆ.
- ಆನೆಕಾಲು ರೋಗ/Micro Filaria ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ 70% 2010ಕ್ಕೆ, 80% 2012ಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಪೂರ್ತಿ ತೊಡೆದುಹಾಕಲು 2015ಕ್ಕೆ.



- ಡೆಂಗ್ಯು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ 2010ರ ವೇಳೆಗೆ – 50% ಮತ್ತು 2012ರ ವೇಳೆಗೆ ಅದೇ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕೆ ನಿಲ್ಲುವಂತೆ ಇರಬೇಕು.
- ಕಣ್ಣಿನ ಪೊರೆ ಶಸ್ತ್ರ ಶಿಬಿರ – 2012ರ ವೇಳೆಗೆ 46 ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಬೇಕು.
- ಕುಷ್ಟರೋಗ ಹಾಲಿ ಇರುವ ಪ್ರಮಾಣ – 2005ಕ್ಕೆ 1.8 ರಂತೆ 10,000 ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಿ ಮುಂದೆ ಒಂದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರತಿ 10,000ಕ್ಕೆ.
- ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ಡಾಟ್ಸ್ ಸರಣಿ – ಅಭಿಯಾನದ ಅವಧಿ ಪೂರ್ತಿ 85% ವಾಸಿಯಾಗುವ ಪ್ರಮಾಣ ಇರುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು.
- ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಪನದ ಸಮಕ್ಕೆ ಏರಿಸುವುದು.
- ಮೊದಲನೇ ರೆಫರಲ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಎಂದರೆ 20% ರಿಂದ 75% ಏರಿಕೆ ಮಾಡುವುದು.
- 2,50,000 ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳನ್ನು "ಆಶಾ" ಆಗಿ 10 ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ನೇಮಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.

ಸಮುದಾಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು

- ಹಳ್ಳಿಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದು, ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಉಪಶಮನಗೊಳಿಸುವ ಔಷಧಿ ಪೆಟ್ಟಿಗೆ ಹೊಂದಿದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.
- ಪೂರ್ವ ನಿಯೋಜಿತ ದಿನ/ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು, ಗರ್ಭಿಣಿ/ಬಾಣಂತಿಯರ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ, ತಾಯಿ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಸೇರಿ ಆರೋಗ್ಯ ದಿನ ಆಚರಿಸಬೇಕು.
- ಉಪಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಬೇಕಾಗುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಔಷಧಿಗಳು ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.
- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ/ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು, ಔಷಧಿಗಳು ಹಾಗೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸೇವೆ ತಾಯಿ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಒಳ್ಳೆಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇವೆ ನಿಖರವಾಗಿ ದೊರಕುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.
- ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಆಟೋ ಡಿಸೇಬಲ್ಡ್ ಸಿರಿಂಜಸ್ (Auto Disabled Syringes) ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಲಸಿಕೆ ಸರಬರಾಜು ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತ ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸಬೇಕು.
- ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗೆ ಬರುವ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹೆರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಮೇಲ್ದರ್ಜೆಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸಾಗಿಸಲು ವಾಹನ ಸೌಕರ್ಯ ಜೊತೆಗೆ ಒಬ್ಬ ಸಹಾಯಕರು ಹಾಗೂ ಸುಧಾರಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ರಕ್ಷಣೆ ಮೊದಲಾದ ಸುಧಾರಿತ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸುವುದು.
- ಅಭಿಯಾನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಹಣಕಾಸು ತೊಂದರೆ ಇರುವವರಿಗೆ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನಿಖರವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯರಕ್ಷಣೆ ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು.



- ಸುರಕ್ಷಿತ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡವುದು.
- ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಶೌಚಾಲಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸುವುದು.
- ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಿತ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಸಂಚಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಘಟಕ ಇರಬೇಕು.
- ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಹಾಗೂ ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಜನ ಜಾಗೃತಿ ಉಂಟುಮಾಡಬೇಕು.

ಅಭಿಯಾನದ ಪ್ರಮುಖ ತಂತ್ರಗಳು



- ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಮೇಲೆ ಹಿಡಿತ ಸಾಧಿಸಲು ಹಾಗೂ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮಾಡಲು ಪಂಚಾಯತ್‌ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ತರಬೇತಿ ಹಾಗೂ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು.
- ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆ ದೊರಕಲು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ ದೊರಕುವಂತೆ ಉತ್ತೇಜಿಸಬೇಕು.
- ಪ್ರತಿ ಪಂಚಾಯಿತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಪ್ರತಿ ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ ತಯಾರಿಸಬೇಕು.
- ಉಪಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸಲು ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯನ್ನು ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಯೋಜನೆ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಹಾಗೂ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಲು ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ವಿವಿಧೋದ್ದೇಶ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ನೇಮಿಸಬಹುದು.
- ಹಾಲಿ ಇರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಒಂದು ಲಕ್ಷ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು 30–50 ಹಾಸಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯವುಳ್ಳ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿ ಸುಧಾರಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ (ರೀತಿಯಲ್ಲಿ) ಗುಣಪಡಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವುದನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು. (IPHS ಮಾಪನದಂತೆ ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಪನದಲ್ಲಿ ನಿರೂಪಿಸಿರುವಂತೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿ, ಸಲಕರಣೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ವಹಣ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ.)
- ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದಿಂದ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯಕರ ಹಾಗೂ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅಂತರ ಮಟ್ಟದ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯಡಿ ತಯಾರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಅನುಷ್ಠಾನ ಗೊಳಿಸುವುದು.
- ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ, ರಾಜ್ಯ, ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ಕ್ಷೇತ್ರ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸಮನ್ವಯಗೊಳಿಸಬೇಕು.
- ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ, ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನಗಳಿಗೆ ತಾಂತ್ರಿಕ ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವುದು.
- ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಣೆ, ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮತ್ತು ಪುನಃ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮಾಡಲು ಸಾಕ್ಷ್ಯಾಧಾರಿತ ಯೋಜನೆಗಳು, ಉಸ್ತುವಾರಿ ಮತ್ತು ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಗೆ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು.
- ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಾಗಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಅವರ ವೃತ್ತಿಪರ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಾಗಿ ಪಾರದರ್ಶಕ ನೀತಿ ರೂಪಿಸಬೇಕು.
- ಆರೋಗ್ಯದಾಯಕ ಜೀವನ ವಿಧಾನ ಎಲ್ಲ ಮಟ್ಟದಲ್ಲೂ ರೂಪಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ತಂಬಾಕು, ಸಾರಾಯಿ ಸೇವನೆಗಳಿಂದ ಮುಕ್ತರಾಗಿ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.
- ಸೇವೆಗಳಿಂದ ವಂಚಿತವಾದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡಬೇಕು.



ಅಭಿಯಾನದ ಪೂರಕ ತಂತ್ರಗಾರಿಕೆ

- ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಪ್ರಜೆಗೂ ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಇರುವ ವಿವ್ಯಕ್ತವಲ್ಲದ ಗ್ರಾಮೀಣ ವೈದ್ಯರನ್ನು (RMP) ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿಡುವುದು.
- ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಗುರಿ ತಲುಪಲು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಹಾಗೂ ಖಾಸಗಿಯವರನ್ನು ಜೊತೆಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವಂತೆ ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡಬೇಕು.
- ಅಯುಷ್‌ನ್ನು ಮುಖ್ಯವಾಹಿನಿಗೆ ತರುವುದು – ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಪ್ರದಾಯವನ್ನು ಪುನಃ ಚೇತನಗೊಳಿಸುವುದು.
- ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯವಾಗಿ ಅಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೈತಿಕತೆಯನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಸಹಾಯವಾಗುವಂತೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಪುನರ್‌ಮನನವಾಗಬೇಕು.
- ಬಡ ಜನತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ದೊರಕಿಸಲು, ಅವರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳು ದೊರಕುವಲ್ಲಿ, ಶಕ್ತನಾಗಿರುವಲ್ಲಿ, ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನರಿತ ಹಾಗೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪಡೆಯಲು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಮತ್ತು ತೊಂದರೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಪಾರದರ್ಶಕತೆ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಸಿಗುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು.

ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ನೀಡಿದ ವಿಶೇಷ ಸೌಲಭ್ಯ

ಅಭಿಯಾನವನ್ನು ದೇಶದ ಪೂರ್ತಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಿದ್ದ 18 ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ವಿಶೇಷ ಗಮನ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ರಾಜ್ಯಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಸೂಚ್ಯಂಕ ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ ಅರುಣಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ, ಆಸ್ಸಾಂ, ಬಿಹಾರ, ಚತ್ತಿಸ್‌ಘಡ್, ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ, ಜಾರ್ಖಂಡ, ಜಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಾಶ್ಮೀರ, ಮಣಿಪುರ, ಮಿಜೂರಾಂ, ಮೇಘಾಲಯ, ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ, ನಾಗಾಲ್ಯಾಂಡ್, ಒರಿಸ್ಸಾ, ರಾಜಸ್ಥಾನ, ಸಿಕ್ಕಿಂ, ತ್ರಿಪುರಾ ಮತ್ತು ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ ಎಲ್ಲ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ/ಕೇಂದ್ರಾಡಳಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಭಿಯಾನದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ದೇಶದಲ್ಲೆಲ್ಲ ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿದ್ದರೂ ವಿಶೇಷ ಗಮನ ನೀಡಿದ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ, ಪ್ರತಿ 1,000 ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಇರುವ ಹಳ್ಳಿಗೆ ಒಬ್ಬ "ಆಶಾ" ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯನ್ನು ಬೆಂಬಲಕ್ಕೆ ನಿಯೋಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಯೋಜನಾ ಆಡಳಿತಕ್ಕೆ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪ್ರತಿ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಪಟ್ಟಣದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಬಡ ಜನರಿಗೂ ಬೇಕಾಗುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರಕುವಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯಗಳನ್ನು ರಚಿಸಬೇಕು. ಈ ಅಭಿಯಾನವು ಏಳು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ (2005–2012) ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ಉಪ ವಿಭಾಗ/ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮಾಂತರದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಮನೆಯನ್ನು ತಲುಪುತ್ತವೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ



ಭಾಗ – 3

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಪ್ರಗತಿ
ಮತ್ತು
ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ಚಟುವಟಿಕೆ – 1	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
1000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಬ್ಬ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಗೆ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತರಬೇತಿ ನೀಡುವುದು.	50% – 2007 100% – 2008	ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಪ್ರಗತಿ ವರದಿ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ 5,43,315 ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ಈಗಾಗಲೆ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ತೀವ್ರ ಗಮನ ಇಟ್ಟಿರುವ 18 ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಇತರೆ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯದ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದರಿಂದ ಸಂಪರ್ಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಮೊದಲ ಹಂತದ ತರಬೇತಿಯ ನಂತರ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಚುಚ್ಚುಮದ್ದಿನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ. ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಏರ್ಪಡಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ದಿನ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಕ್ಷಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ. ವೆಕ್ಟಾರ್ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಔಷಧಿಗಳು ಸರಬರಾಜು ಮಾಡಿದಾಗ ಅದರಲ್ಲಿರುವ ಔಷಧಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು. ಇಂತಹ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.



1,86,606 ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ. ಛತ್ತೀಸ್‌ಗಡ್ ಮಿತನಿನ್ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ರೂಪಿತವಾಗಿರುವ ಆಶಾ ಹಾಗೂ ಸಂಪರ್ಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಮನುಷ್ಯ ಸ್ವಭಾವದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಹನೆಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ತರುವಲ್ಲಿ ಮಹತ್ತರ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮೇಲೆ ಮಹತ್ತರ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಹೊರರೋಗಿಯಾಗಿ ಮತ್ತು ಒಳರೋಗಿಯಾಗಿ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವವರಲ್ಲಿ ಸಂಸಾರಗಳ ಜನಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಅಧಿಕವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದರ ಫಲವಾಗಿ ಹಲವಾರು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ವಿಧವಿಧವಾದ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಮಾದರಿಗಳು ಹೊರಹೊಮ್ಮುತ್ತಿದೆ. ಅಸ್ಸಾಂ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ ರೇಡಿಯೋವನ್ನು ಒದಗಿಸಿ ಅವರಿಗಾಗಿ ವಿಶೇಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಮೂಲಕ ರೋಗದ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಕೊಡುವುದಕ್ಕೆ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೂ ಮತ್ತು ಜನರಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕಸೇತುಗಳಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಹೊರ ಹೊಮ್ಮಿರುವ ಮಾದರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ. ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಹಲವಾರು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಯೋಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಯೋಜಿಸಿದ ಗುರಿಗಿಂತಲೂ ಸಾಧನೆಯು ಅಧಿಕವಾಗಿದ್ದು ಪರಿಪೂರ್ಣ ತರಬೇತಿ ಮೂಲಕ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯು ನೀಡುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸಮುದಾಯವು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಉಪಯೋಗಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುವಂತಾಗಲು ಪರಿಪೂರ್ಣ ತರಬೇತಿಯ ಅವಶ್ಯವಿದೆ. ಬಡವರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಆಶಾ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಗಣನೀಯ ಪಾತ್ರವಹಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದು ಸರಿಯಾದ ಹೆಜ್ಜೆ ಎಂದೇ ಹೇಳಬೇಕು.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಉತ್ತೇಜನ ಬೇಕಾಗಿದೆ. ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ರಾಜ್ಯಗಳು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿನ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಔಷಧಗಳನ್ನು ಸರಬರಾಜು ಮಾಡಲು ಸೂಕ್ತ ವ್ಯವಸ್ಥೆಮಾಡಬೇಕು. ಸಾಧನೆಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಹಣಕಾಸಿನ ಪುರಸ್ಕಾರವನ್ನು ನಿಯಮಿತ ವೇಳೆಗೆ ನೀಡುವುದಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತ ಗಮನಹರಿಸಬೇಕು. ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ನಾಗರೀಕ ಸಮಾಜದ ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಸಹಾಯವನ್ನು ಪಡೆಯಬೇಕು. ಸ್ಥಳೀಯ ಅವಶ್ಯಗನುಗುಣವಾಗಿ ರಾಜ್ಯಗಳು ತನ್ನದೇ ಆದ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಚಟುವಟಿಕೆ – 2	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
6 ಲಕ್ಷ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಗಿದ್ದು ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.	30% – 2007 100% – 2008	ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಪ್ರಗತಿ ವರದಿ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ಅಭಿಯಾನದಡಿಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಪರಿಹರಿಸಲು ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲು ಅಭಿಯಾನವು ಉದ್ದೇಶಿಸುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರವನ್ನು ಇಂತಹ ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು ಪಂಚಾಯತ್‌ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನಿಯಮಿಸಲು ಕೋರಿದೆ. ಈಗಾಗಲೇ ಇರುವ ನೀರು ಆರೋಗ್ಯ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು ಒಂದುಗೂಡಿಸಿ ಒಂದೇ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸುವಂತೆ ಕೋರಲಾಗಿದ್ದು ಇದರಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ ಮತ್ತು ಜಾತಿಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯ ಕೊಡಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ. ಈ ಸಮಿತಿಗೆ ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಸ್ಥಳಿಯವಾಗಿ ಚಟುವಟಿಕೆ ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರತಿ ಸಮಿತಿಗೆ ರೂ.10,000/– ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡುವುದು. ರಾಜ್ಯಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನ ಯೋಜನೆಗಳ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಹಣವನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆಮಾಡಿದ್ದು 1,60,808 ಸಮಿತಿಗಳು ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಹಲವಾರು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಸಮಿತಿಗಳು ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶವನ್ನು ಹೊರಡಿಸಿದೆ. ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪಂಚಾಯತ್‌ರಾಜ್ ಕಾನೂನಿನ ಆಡಿಯಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು ರಚಿಸಲು ಅವಕಾಶವಿಲ್ಲದೆ ಇರುವುದರಿಂದ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬವಾಗಿದೆ. ಕೇರಳ, ತಮಿಳುನಾಡು, ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ, ಆಂದ್ರ ಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ರಾಜಸ್ಥಾನ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪಂಚಯತ್‌ರಾಜ್ ಕಾನೂನಿನಡಿ ಇಂತಹ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿಯು ಚಿಕನ್‌ಗುನ್ಯಾ ರೋಗವು ಹರಡುವುದರ ವಿರುದ್ಧ ಸಮುದಾಯವನ್ನು ಎಚ್ಚರಗೊಳಿಸಲು ಪ್ರೇರೇಪಿಸಿತು. ಬೇರೆ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಸಮಿತಿಯು ಕ್ರೀಯಾಶೀಲವಾಗುತ್ತದೆ. ಇನ್ನು 6 ತಿಂಗಳೊಳಗೆ ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಿತಿಯು ಕ್ರೀಯಾಶೀಲವಾಗುತ್ತದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿಯು ಅಧಿಕಾರ ಮತ್ತು ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಕುರಿತು ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶವು ವಿಳಂಬವಾಗಿದೆ ಬ್ಯಾಂಕಿನಲ್ಲಿ ಯಾರು ಖಾತೆ ತೆರೆಯಬೇಕು ಎನ್ನುವ ಬಗ್ಗೆ ಜಿಜ್ಞಾಸೆ ಇವುಗಳಿಂದಾಗಿ ಸ್ವಲ್ಪ ವಿಳಂಬವಾಗಿರಬಹುದು. ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗಲ್ಲದೆ ಇದನ್ನು ನಿರ್ಗತಿಕ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳು ಸಹ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು.



ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿಯ ಸದಸ್ಯರ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಸರಳ ಹಾಗೂ ವಿಷದವಾಗಿ ತಿಳಿಯಹೇಳಬೇಕಾಗಿದೆಯಲ್ಲದೆ, ಸಮಿತಿ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ. ಹೆಚ್ಚು ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ವ್ಯಯಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ನಿರ್ಧಿಷ್ಟವಾದ ಹಣಕಾಸು ಮತ್ತು ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ತಿಳಿಯಪಡಿಸಿದರೆ ಸದಸ್ಯರು ಯಾವ ಅತಂಕ ಹಾಗೂ ಅನುಮಾನವಿಲ್ಲದೆ ಹಣಕಾಸನ್ನು ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಬಲ್ಲರು. ಸದೃಡದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿಯ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಚಿಂತನೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಮಹತ್ತರ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದಲ್ಲದೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ವಾರ್ಷಿಕವಾಗಿ ನೀಡುವ ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಸಮುದಾಯೀಕರಣ ಮಾಡುವುದಲ್ಲದೆ ವಿವಿಧ ಇಲಾಖೆಗಳು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಸೇರಿ ಕೆಲಸಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಒಂದು ಉತ್ತಮ ಅವಕಾಶ. ಆರೋಗ್ಯ, ಶಿಕ್ಷಣ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ, ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಇವುಗಳೆಲ್ಲವೂ ಒಂದುಗೂಡಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಒಂದು ಉತ್ತಮ ಅವಕಾಶ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯದಿನಗಳು. ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುದಾರಿಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಬಲ್ಲದು.

ಚಟುವಟಿಕೆ - 3	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
2 ಉಪಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಇಬ್ಬರು ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ಮೂಲಕ ಬಲಪಡಿಸುವುದು. 1,75,000 ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿ ಸೇವೆಯನ್ನು ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.	30% - 2007 60% - 2008 100% - 2010	ವಾರ್ಷಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಬಾಹ್ಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

1,38,146 ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ. 1,02,752 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಹಿಳಾ ಸಹಾಯಕರು ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯನ್ನು ವ್ಯವಹರಿಸಲು ಸರಪಂಚರ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಜಂಟಿಯಾಗಿ ಬ್ಯಾಂಕ್‌ನಲ್ಲಿ ಖಾತೆಯನ್ನು ತೆರೆದಿದ್ದಾರೆ. ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯನ್ನು ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ವ್ಯಯಮಾಡಬಹುದು. ಉದಾ: ಬಿ.ಪಿ. ತಪಾಸಣೆ ಉಪಕರಣದಿಂದ ತೂಕ ಮಾಡುವ ಯಂತ್ರ ಸ್ಟೆತಾಸ್ಕೋಪ್, ಬಕೆಟ್ಟುಗಳು. ಶುಚೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಮಾಡುವ ವೆಚ್ಚಗಳು ಸೇರಿವೆ. ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ರಾಜ್ಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಸಹ ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇವೆಲ್ಲವೂ ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಚಟುವಟಿಕೆಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಿದೆ. ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ದಿನ ಆಚರಿಸುವಲ್ಲಿ ಮಹತ್ತರ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕಳೆದ 2 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ 4 ಲಕ್ಷ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ದಿನವನ್ನು ಆಚರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿಯೂ ಉತ್ತಮ ಸುಧಾರಣೆ ಎಂದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ. ಉಪಕೇಂದ್ರವು ಆಶಾ ಮತ್ತು ಜನರ ನಡುವೆ ಸಂಪರ್ಕ ಏರ್ಪಟ್ಟು ಜನರು ಉತ್ತಮ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಿದೆ. ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳದ ಒಂದು ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಪಂಚಾಯ್ತಿ ಮಟ್ಟದ ವಿಶೇಷ ತಜ್ಞರು ಶಿಬಿರವನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಮುಕ್ತ ನಿಧಿ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಕೆಲವು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಗಿದೆ.



ತಮಿಳುನಾಡಿನಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದಾದಿಯು ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡಲು ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯಿಂದ ಒಂದು ಮೊಬೈಲ್ ಫೋನ್‌ನನ್ನು ಖರೀದಿ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆತ್ಮ ವಿಶ್ವಾಸದ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಮುಕ್ತ ನಿಧಿ ಬಳಕೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ವಿಳಂಬವಾಗಿದೆ. 22,448 ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ಒಪ್ಪಂದದ ಮೇಲೆ ನೇಮಕ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. 10,143 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ 2 ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಹಿಳಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ವರದಿ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇಷ್ಟೊಂದು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡುವುದು ಒಂದು ಸಾಹಸವೇ ಸರಿ. ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಿಗೆ ತರಭೇತಿ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದ ಶಾಲೆಗಳು ಮುಚ್ಚಿದ್ದು ಈಗ ಪುನಃ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದೆ. ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ ಒಂದು ನೂತನ ರೀತಿಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದೆ. ದೂರದ ಪಂಚಾಯ್ತಿಯಿಂದ ಮಹಿಳೆಯೊಬ್ಬರನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿ ಅವರನ್ನು ಸರ್ಕಾರಿ ಅಥವಾ ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ತರಭೇತಿ ಕೊಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಮಧ್ಯ ಪ್ರದೇಶ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಅಭಿಯಾನದ ಹಣದಲ್ಲಿ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ/ ಪಂಗಡಗಳ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳಿಗೆ ದಾದಿಯ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅಭಿಯಾನದ ಹಣಕಾಸಿನ ನೆರವಿನಿಂದ ದಾದಿಯರ ತರಭೇತಿ ಶಾಲೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದ ನಂತರ ಖಾಲಿ ಇರುವ ದಾದಿಯರ ಹುದ್ದೆಯನ್ನು ಭರ್ತಿಮಾಡಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ದಾದಿಯರು ದೊರೆಯಬಹುದು. ಕರ್ನಾಟಕ ಮತ್ತು ಆಂದ್ರ ಪ್ರದೇಶ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ದೊರೆಯುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಈ ರಾಜ್ಯಗಳ ದಾದಿಯರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಿದೆ. ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ, ಬಿಹಾರ, ಮದ್ಯಪ್ರದೇಶ, ಜಾರ್ಕಂಡ್, ಛತ್ತೀಸ್‌ಘಡ್, ಒರಿಸ್ಸಾ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಲು ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಹಲವಾರು ದಾದಿಯರ ತರಬೇತಿ ಶಾಲೆಗಳನ್ನು ಬಹಳ ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ ಪುನಃ ಪ್ರಾರಂಬಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ದಾದಿಯರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಮಲೇರಿಯಾ ರೋಗದಿಂದ ನರಳುತ್ತಿರುವ ರಾಜ್ಯಗಳು ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಮನಗಂಡಿದೆ. ಉಪಕೇಂದ್ರದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಕರ್ತವ್ಯ ಮತು ಜವಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ತಿಳಿಸುವುದು ಉತಮ ವರದಿಮಾಡುವ ಕ್ರಮವನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ. ಆಶಾ ಮತ್ತು ಪಂಚಾಯತ್‌ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳೂಡನೆ ಸಮನ್ವಯ ಸಾಧಿಸಬೇಕು. ತರ್ಕಬದ್ದವಾದ ವರ್ಗಾವಣೆ ನೀತಿಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಆದ್ಯತೆಗೆ ಗಮನ ನೀಡಬೇಕು.

ಚಟುವಟಿಕೆ – 4	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
3 ದಾದಿಯರೊಂದಿಗೆ ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಪನಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಸೇವೆ ನೀಡುವಂತಹ 30,000 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು/ ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವುದು.	30% – 2007 60% – 2008 100% – 2010	ವಾರ್ಷಿಕ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಬಾಹ್ಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

24 x 7 ರಂತೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪೂರೈಕೆ ಮಾಡುವುದು ಅಭಿಯಾನದ ಉದ್ದೇಶ. ದೇಶಾದ್ಯಾಂತ ಇರುವ 22,669 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಚ್ 2005ರ ವೇಳೆಗೆ 1,634 ಕೇಂದ್ರಗಳು 24 x 7 ರ ಹಾಗೆ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದವು. 9,395 ಕೇಂದ್ರಗಳು 24 x 7 ರಂತೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದು. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಏರಿದೆ. ಪ್ರತಿ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೂ ಮೂರು ದಾದಿಯರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಹಿಂದೆ ಬಿದ್ದಿದ್ದರೂ 2,753 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಮೂರು ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರು ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಭಿಯಾನದ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಫಲವಾಗಿ ಕೆಲವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ದಿನದ 24 ಗಂಟೆಗಳ ಕಾಲದಲ್ಲಿಯೂ ಹೊರರೋಗಿ ವಿಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ 13,864 ಶುಶ್ರೂಷಕಿಗಳನ್ನು ಅಭಿಯಾನದಡಿ ಒಪ್ಪಂದದ ಮೇಲೆ ನೇಮಕ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಕಳೆದ ಎರಡುವರೆ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ 50 ಲಕ್ಷ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಲು ಅನುವುಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಮಟ್ಟದ ಔಷಧಿ ದೊರಕುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದರಿಂದಲೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡವು ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಹಲವಾರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ತಮಗೆ ನೀಡುವ ನಿರ್ವಹಣಾ ನಿಧಿ ಮತ್ತು ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿಧಿಯನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ತರಭೇತಿ ಹೊಂದಿದ ನರ್ಸಗಳು ದೊರಕದ ಕಾರಣ ನರ್ಸ್‌ಗಳನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡುವುದರಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಶುಶ್ರೂಕರ ಕಾಲೇಜು ಮತ್ತು ಶಾಲೆಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಆಯುಷ್ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ನೇಮಕ ಮಾಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ 4,681 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಆಯುಷ್ ವೈದ್ಯರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಹಾಜರಾತಿ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಉತ್ತಮಗೊಂಡಿದೆ.

ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಯೋಗ ಶಾಲಾ ತಜ್ಞರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ 2,721 ಅರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೇಮಕ ಮಾಡಿದೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಕಟ್ಟಡಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯರಿಗೆ, ನರ್ಸಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಅರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಮನೆಯನ್ನು ಕಟ್ಟಲು ಸಹ ಹಣವನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ತಮಿಳುನಾಡು ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಿಂದ ದೂರ ಉಳಿದಿರುವ ಜನರಿಗೂ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಅಭಿಯಾನದ ಹಣವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. 24 x 7 ಸೇವೆಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ 900 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರಿದ್ದಾರೆ.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

24 x 7 ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಮೂರು ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರನ್ನು ಖಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ನೇಮಕವಾದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸೇವೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಆಶಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯಲ್ಲಿ ಮನೋಪರಿವರ್ತನೆ ಆಗಬೇಕು ಮತ್ತು 24 x 7 ಸೇವೆಯು ಅದರೊಂದಿಗಿನ ಸೇವೆ ಎನ್ನುವ ಮನೋಭಾವನೆ ಬರಬೇಕು. ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಗೈರು ಹಾಜರನ್ನು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು. ಆಶಾ ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಬೇಕು.

ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳೊಳಗೊಂಡಂತೆ, ಮಲೇರಿಯಾ, ಕ್ಷಯ, ಐಯೋಡಿನ್ ಕೊರತೆ, ಅಂಧತ್ವ ನಿವಾರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಎಲ್ಲವೂ ಸಮಗ್ರವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ದೊರಕುವಂತಾಗಲು ಉತ್ತೇಜಿಸಬೇಕು. ತರ್ಕಬದ್ಧವಾದ ವರ್ಗಾವಣಾ ನೀತಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಆಯ್ಕೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಎಲ್ಲವೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಉತ್ಸುಕವಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬಲ್ಲದು.





ಚಟುವಟಿಕೆ - 5	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
7 ತಜ್ಞರೊಳಗೊಂಡ ಮತ್ತು 9 ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರ ಮತ್ತು 6,560 ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು/ಬಲಗೊಳಿಸುವುದು.	30% - 2007 60% - 2008 100% - 2010	ವಾರ್ಷಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಬಾಹ್ಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ಕ್ಷೇತ್ರ ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಬಹಳ ಮುಖ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ. ಇದು ಕ್ಷೇತ್ರದ ಕೇಂದ್ರ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಇದು 80,000 ರಿಂದ 1,20,000 ಜನರಿಗೆ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಹಲವಾರು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಅಥವಾ ಉಪ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಸೂತಿ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲಾ. ಕೆಲವೊಂದು ರಕ್ತನಿಧಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಅರೆವಳಿಕೆ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಪ್ರಸೂತಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಸೇವೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರೆಯದ ಕಾರಣ ಕೆಲವೊಂದು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮೇಲ್ದರ್ಜೆಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಾಗಿ (Referral Hospital) ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲಾ. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು ತಜ್ಞರ ಸೇವೆಯನ್ನು 24 x 7 ರಂತೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾಗಿರಬಹುದಾದರಿಂದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಇಂತಹ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗಾಗಿ ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಪನಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿದೆ. ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಂತೆ ಇಂತಹ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೂ ಖಾಲಿ ಇರುವ ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು, ಸಲಕರಣೆಗಳನ್ನು ಭೌತಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ. ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ 4,279 ವೈದ್ಯರನ್ನು 2,471 ತಜ್ಞವೈದ್ಯರನ್ನು 13,864 ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರನ್ನು ಒಪ್ಪಂದದ ಮೇಲೆ ನೇಮಕ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್. ಪದವಿ ಹೊಂದಿರುವ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಪ್ರಸೂತಿ ಶಾಸ್ತ್ರ ಮತ್ತು ಅರೆವಳಿಕೆ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣವು ಕಡಿಮೆ ಇರುವುದರಿಂದ ಅರೆವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ನೀಡಲು ವಿಶೇಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.



ಔಷಧಿಗಳು ಹೇರಳವಾಗಿ ಸರಬರಾಜಾಗುತ್ತಿದ್ದು ಅದರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಸುದಾರಿಸಿದೆ. ಜನನೀ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಇಂತಹ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೇಲೆ ಒತ್ತಡ ಅಧಿಕವಾಗುತ್ತಿದ್ದು, ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಬಹಳ ಕಷ್ಟದಿಂದ ನಿಭಾಯಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ರಾಜ್ಯಗಳ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸುಧಾರಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ನೇಮಕ ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ ಮೂಲ ಭೂತ ಹಾಗೂ ಮಹತ್ವ ತಿರ್ಮಾನ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸುಧಾರಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ವಿಳಂಬವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು ಜನಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಪೂರೈಸಬೇಕು. ಬೇಡಿಕೆಗಾಗಿ ಹಣ ಪೂರೈಕೆ ಮತ್ತು ಆಶಾ ಇವುಗಳಿಂದಾಗಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡ ಅಧಿಕವಾಗಿದ್ದು ಇವುಗಳು ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ಪಂದಿಸಬೇಕು. 2,089 ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ್ದು 412 ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಮೇಲ್ದರ್ಜೆಗೇರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಉಪ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡುವುದು. ತರ್ಕಬದ್ದವಾದ ವರ್ಗಾವಣಾ ನೀತಿ, ಕಷ್ಟಕರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಾಧನೆಗೆ ತಕ್ಕ ಪುರಸ್ಕಾರ. ಮುಕ್ತ ನಿಧಿ ಸ್ಥಾಪನೆ. ಉದಾ:- ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ನೀತಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಪನಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಾಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸುಧಾರಿಸುವುದು. ಇವುಗಳನ್ನು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕು.



ಚಟುವಟಿಕೆ – 6	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡಲು 1800 ತಾಲ್ಲೂಕು/ಉಪ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದು.	30% – 2007 100% – 2010	ವಾರ್ಷಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಬಾಹ್ಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ಉಪ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಪನವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಮಾಪನದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಮೂಲ ಭೂತ ಸೌಕರ್ಯ ಒದಗಿಸಲು ಸೂಕ್ತ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಿದ್ದಪಡಿಸಲು ಕೋರಿದೆ. ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿ ಹಣವನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಿದೆ. ತಾಲ್ಲೂಕು ಮತ್ತು ಉಪ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಲು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಪನವನ್ನು ಇತ್ತೀಚೆಗಷ್ಟೇ ಸಿದ್ದಪಡಿಸಿಟ್ಟು ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಗತಿ ವಿಳಂಬವಾಗಿದ್ದು ಮುಂಬರುವ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಉತ್ತಮಗೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ಮದ್ಯಮ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವ ಮೂಲಕ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಕೊರತೆ ಒಂದು ದೊಡ್ಡ ಸವಾಲು. ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶ ಅಥವಾ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಒದಗಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದೆ. ಇಂತಹ ಪ್ರಯತ್ನ ಸೂಕ್ತ ತಜ್ಞರನ್ನು ನೇಮಕಮಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಹಾಯಕ ವಾಗುತ್ತದೆ.



ದಾದಿಯರ ಮತ್ತು ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ತರಬೇತಿಗೊಳಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಅರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ನೈಪುಣ್ಯತೆಯನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸುವುದು ಅಭಿಯಾನದಡಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿದೆ.

ವಿವಿಧ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಪರಿಣತಿ ಪಡೆಯಲು ಅರೆವಳಿಕೆ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ತರಭೇತಿ, ಪ್ರಸೂತಿ ಶಾಸ್ತ್ರದಲ್ಲಿ ತರಭೇತಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ತರಭೇತಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು, ವೃತ್ತಿಪರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಮುಂತಾದವುಗಳ ತರಭೇತಿಯನ್ನು ನೀಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ನಿರ್ವಹಣಾ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ನಡೆಸಲು ನಿರ್ಧಿಷ್ಟವಾದ ಹಣಕಾಸು ಮತ್ತು ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಅಧಿಕಾರ ಹಂಚಿಕೆ, ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಅಧಿಕಗೊಳಿಸುವುದು. ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸುವುದು. ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ನಡೆಸಲು ಆತ್ಮವಿಶ್ವಾಸ ಇವುಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವ ಸೇವೆಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುತ್ತದೆ.



ಚಟುವಟಿಕೆ - 7	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
ಉತ್ತಮ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡಲು 600 ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸುವುದು.	30% - 2007 60% - 2008 100% - 2010	ವಾರ್ಷಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಬಾಹ್ಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ರೆಫರಲ್ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಮಹತ್ತರ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಇವು ಮೊದಲನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿದ್ದು ವಿಶೇಷ ತಜ್ಞರ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆ ದೊರೆಯುತ್ತಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಅಭಿಯಾನವು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಆದ್ಯತೆಗಳ ಮೇಲೆ ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಭಾರತೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಪನವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಬರುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿ ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ತಲಾ 20 ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಅವಶ್ಯಕ ಸೇವೆಗಳ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಿದೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಲು ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಗಳನ್ನು ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಿಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ರಾಜ್ಯಗಳು ತಮ್ಮಲ್ಲಿರುವ ಕಂದಕಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ ಮೇಲೆ ಇಂತಹ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು.



ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಹಾ ವಿದ್ಯಾಲಯಗಳಿಲ್ಲದ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮುಂಬರುವ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಹಾವಿದ್ಯಾಲಯಗಳಿಗೆ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಬಹುದು.

ಉತ್ತಮ ಮತ್ತು ಬಲವಾದ ಕ್ರೀಯಾಶೀಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಬಲ್ಲದು.

ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ತಾಂತ್ರಿಕ ನಾಯಕತ್ವ ಕೊಡುವುದರ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಇತರೆ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳೊಳಗೆ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡುವುದು ಅಭಿಯಾನದ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸುವುದು ಮತ್ತು ದಾದಿಯರ ತರಭೇತಿ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಸಹ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸೊಸೈಟಿಯು ಸ್ಥಳೀಯ ಕ್ರಿಯಾಶಕ್ತಿಗೆ ಮತ್ತು ಚಾಲನೆಗೆ ಅಭಿಯಾನದ ಮುಖ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿ ಹೊರಹೊಮ್ಮಿದೆ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ವಿಕೇಂದ್ರಿಕರಣಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ವೇದಿಕೆ ಒದಗಿಸಿದೆ.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಮಾದರಿಗಳಾಗುವುದರ ಮೂಲಕ ಉಪ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿವರ್ತನೆ ಮತ್ತು ಸುಧಾರಣೆ ತರಬಲ್ಲದು.

ಚಟುವಟಿಕೆ - 8	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
ಎಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮಿತಿ ಸ್ಥಾಪನೆ	50% - 2007 100% - 2010	**ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ವರದಿ ಸ್ವತಂತ್ರ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ**

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ನೋಂದಾಯಿತ ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮಿತಿಯು ಅಭಿಯಾನದ ಪ್ರಮುಖ ಅವಶ್ಯಕತೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮಟ್ಟದ ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿಯು ಕಾನೂನುಬದ್ದ ರಚಿತವಾಗಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿದ್ದು ಇದಕ್ಕೆ ಬರುವ ತಾನು ಕ್ರೋಢಿಕರಿಸುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಬಳಸುವ ಮತ್ತು ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಈಗಾಗಲೆ 540 ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು 3,947 ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು 12,618 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ನೊಂದಾಯಿಸಿದೆ. ಇದು ನಿಗಧಿತ ಅನುಷ್ಠಾನ ಗುರಿಗಿಂತ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಬಡ ರೋಗಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬಂದರೆ ಅವರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಮಟ್ಟದ ಸೇವೆ ದೊರೆಯುವಂತಾಗಲು ಎಲ್ಲಾ ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿಗೆ ಹಣವನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.



ನಿರ್ಗತಿಕರು ಮತ್ತು ಬಡವರಿಂದ ಯಾವ ಹಣವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದೆ ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡಲು ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ನಿರ್ದೇಶನ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಯಾರು ಹಣವನ್ನು ನೀಡಬಲ್ಲರೋ ಅಂತಹವರಿಂದ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲು ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ರೋಗ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಅಧಿಕಾರವು ಸೂಕ್ತ ಬದಲಾವಣೆ ಕಂಡಿದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಅಧೀಕ್ಷಕರು/ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಆಯಾ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಇವರು ಮೇಲಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಸೂಚನೆ/ನಿರ್ದೇಶನಗಳಿಗೆ / ಎದುರು ನೋಡಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಹಣ ಈ ಸಮಿತಿಯ ಮೂಲಕ ಹೋಗಬೇಕು ಮತ್ತು ಸ್ಥಳಿಯವಾಗಿ ಹೊಣೆಗಾರರಾಗಿರಬೇಕು ಎನ್ನುವುದು ಆಶಯ. ಕೆಳಮಟ್ಟದ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಹಣ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಮತ್ತು ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಹಣಕಾಸಿನ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಆಡಳಿತವನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ನಡೆಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಬಹುದೆಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಚಟುವಟಿಕೆ – 9	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲತಾಂಶ
ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆ 2005-12 ತಯಾರಿಸುವುದು.	50% – 2007 100% – 2008	ವಾರ್ಷಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಬಾಹ್ಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ಅಭಿಯಾನದ ಅನ್ವಯ ಜನಗಳಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಗುಣ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯಿಂದ ದೊರಕಿಸುವಂತೆ ದೇಶದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಜಿಲ್ಲೆಯು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬೇಕಾಗಬಹುದಾದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ತಯಾರಿಸಬೇಕು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಭಿಯಾನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಂತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸಲು ಸೂಕ್ತ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನವನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೂ ರಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೂ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ತಯಾರಿಸಲು 10 ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸಿ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯಗಳು 2007-08 ಸಾಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಸಮನ್ವಯ ಸಮಿತಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮನ್ವಯ ಸಮಿತಿಯ ತೀವ್ರ ಪರಿಶೀಲನೆಯ ನಂತರ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಸೂಚಿಸಿದೆ. ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಯು ಎಲ್ಲಾ ರೋಗಿಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಅಂತರ ಇಲಾಖಾ ಸಮನ್ವಯ ಸೇರಿದೆ.



ಪ್ರಥಮವಾಗಿ 500 ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಸಮಗ್ರ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದೆ. ಬಿಹಾರ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಮಾಲೋಚಕರ ಜೊತೆ ಜೊತೆ ಇದ್ದ ವ್ಯಾಜ್ಯದಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪ ವಿಳಂಬವಾಗಿದೆ. ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ಜಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಾಶ್ಮೀರ ರಾಜ್ಯಗಳು ನಿಗಧಿಪಡಿಸಿದ ಸಮಯಕ್ಕಿಂತ ಅಧಿಕವಾಗಿ ಸಮಯವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿವೆ. ಡಿಸೆಂಬರ್ 2007ರ ವೇಳೆಗೆ ಉಳಿದ ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ತಮ್ಮ ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಸಿದ್ಧ ಪಡಿಸುವ ನಿರೀಕ್ಷೆ ಇದೆ. ಕೆಲವೊಂದು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಣೆ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುವಲ್ಲಿ ತಾಂತ್ರಿಕ ಸಲಹೆಯಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬವಾಗಿದೆ. ದೇಶದಲ್ಲಿ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಸಮಗ್ರ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಯು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿರಬೇಕು. ಅಂತರ ಇಲಾಖಾ ಸಮನ್ವಯವು ನನಸಾಗಬೇಕು.

ಚಟುವಟಿಕೆ – 10	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಲು, ಪ್ರತಿ ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿ, ಉಪಕೇಂದ್ರ, ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇ. ಹಾಗೂ ಸ.ಆ.ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ.	50% – 2007 100% – 2008	ಪ್ರತಿ ಕೇಂದ್ರದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಪ್ರಗತಿಯ ವರದಿ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಎಲ್ಲಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೂ ಮುಕ್ತನಿಧಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿ, ಉಪಕೇಂದ್ರ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುತ್ತವೆ. ಹಲವಾರು ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಈ ಸೌಲಭ್ಯದ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆದು ತಮ್ಮಿಂದ ಕೊಡಲ್ಪಡುವ ಅರೈಕೆಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸಿರುತ್ತವೆ. ಇನ್ನು ಹಲವಾರು ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಣ ಸೇರಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ನಿರ್ಧಾರ ಕೈಗೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಲಾವಕಾಶವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಯಾವುದೇ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಮಾಡುವುದರಲ್ಲಿ ಅರ್ಥವಿಲ್ಲ. ಈ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಅವರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಪಂಚಾಯ್ತಿ/ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿಗಳಿಗೆ ಈ ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಲಾಭಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನಂಬಿಕೆ ಮೂಡಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯಕ. ಹಲವಾರು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಯ ಮಾಡಲು ಹಿಂಜರಿಕೆಯಾಗುವುದು. ಖರ್ಚು ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಸರ್ಕಾರದ ನಿಯಮಗಳು ಎಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲಂಘನೆಯಾಗುವುದೋ ಎಂಬ ಭಯವೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ದೊರಕುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಬಳಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಕೂಲಂಕಷವಾದ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನವನ್ನು ತ್ವರಿತವಾಗಿ ತಯಾರಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಎಲ್ಲಾ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಪಂಚಾಯತ್ ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಕೊಡೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ತರಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪಂಚಾಯತ್ ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ವಿವಿಧ ವಿಭಾಗಗಳ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ಒಡಂಬಡಿಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದೆಂದು ಇದರ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಬೇಕಾದ ಸ್ಥಳೀಯ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗಳಿಗೆ ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯ ಸಹಾಯಕವಾಗುವುದು. ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವು ಈ ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯ ಪ್ರತಿ ಹಂತದ ಬಳಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಚೌಕಟ್ಟುಗಳನ್ನು ಈಗಾಗಲೇ ಎಲ್ಲೆಡೆ ಹಂಚಿಯಾಗಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ (ಸಮಿತಿಯ ರಚನೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ) ಬೇರೆಲ್ಲಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೂ ಮುಕ್ತನಿಧಿಯನ್ನು ಹಂಚಲಾಗಿದೆ. ಇದು ವೇಳಾಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಕೊಟ್ಟಿರುವ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.



ಚಟುವಟಿಕೆ – 11	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
ಪ್ರತಿ ಉಪಕೇಂದ್ರದ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಸ.ಆ.ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ವಾರ್ಷಿಕ ನಿರ್ವಹಣಾ ಅನುದಾನ ಕೊಡುವುದು ಮತ್ತು ಉಪ ವಿಭಾಗೀಯ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿಗೆ ಏಕಕಾಲಿಕ ಆಧಾರ.	50% – 2007 100% – 2008	ಪ್ರತಿ ಕೇಂದ್ರದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಪ್ರಗತಿಯ ವರದಿ.

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ವೇಳಾಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿದಂತೆ ವಾರ್ಷಿಕ ನಿರ್ವಹಣಾ ಅನುದಾನವನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಸ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನುದಾನವನ್ನು ಅವರುಗಳು ತಮ್ಮ ಉಪಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಸ್ವಂತ ಕಟ್ಟಡ ಇರುವುದೆಂದು ತಿಳಿಸಿದ ನಂತರ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ರಿಪೇರಿ ಮತ್ತು ನಿರ್ವಹಣಾ ಕಾರ್ಯವು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (ಹಂತ-2)

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯನ್ನು ಅವರವರ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ವ್ಯಯಮಾಡುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳಲ್ಲಿ ನಂಬಿಕೆ ಮೂಡಿಸುವುದೇ ನಮ್ಮ ಮುಂದಿರುವ ಸವಾಲು. ಈ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಜವಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಿಯೋಜಿಸಬೇಕು. ಅವಶ್ಯಕತೆಗನುಸಾರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ, ಪಂಚಾಯತ್‌ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿಯ ಜವಬ್ದಾರಿಯು ಸದೃಢ ಪಾಲುಗಾರಿಕೆಯ ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿರಬೇಕು.



ಚಟುವಟಿಕೆ - 12	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
ರಾಜ್ಯ ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಅವಶ್ಯಕವಾದ ಕುಶಲತೆಯಿಂದ ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗುವುದು.	50% - 2007 100% - 2008	ಸ್ವತಂತ್ರವಾದ ಪರಿಶೀಲನೆ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ 31 ರಾಜ್ಯಗಳು/ಕೇಂದ್ರ ಆಡಳಿತ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಮತ್ತು 522 ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಒಗ್ಗೂಡಿವೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ, ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಸಭೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಿವೆ. ಇವುಗಳ ರಚನೆಯು ಹೆಚ್ಚಿನ ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲೂ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. 28 ರಾಜ್ಯಗಳ, 471 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು 2333 ಘಟಕಗಳಲ್ಲಿ ಯೋಜನಾ ನಿರ್ವಹಣಾ ಘಟಕಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಘಟಕಗಳು ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳಾದ ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ, ಆಂದ್ರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ನಿರ್ಮಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಈ ಘಟಕಗಳಲ್ಲಿ ಯೋಜನಾ ನಿರ್ವಹಣೆ, ಆರ್ಥಿಕ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮತ್ತು ಮಾಹಿತಿ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಕೌಶಲ್ಯಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಕೌಶಲ್ಯದ ಸಹಾಯದಿಂದ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆ ಉತ್ತಮವಾಗುವುದು. ಇದರಿಂದ ಆರ್ಥಿಕ ವರದಿಯು ಅತಿ ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯ ಹಾಗೂ ಕೇಂದ್ರಾಡಳಿತ ಪ್ರದೇಶಗಳ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ MIS ವರದಿಯು ಈಗ ಕುಂಠಿತವಾಗಿದ್ದು ಇದನ್ನು ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ತರಲು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಬಿಹಾರ ಮತ್ತು ಒರಿಸ್ಸಾ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವ ಸವಲತ್ತುಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಉತ್ತಮವಾಗಿಸಲು ಅಲ್ಲಿಯ ಕ್ಷೇತ್ರಮಟ್ಟದ ವೈದ್ಯರುಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯಕವಾಗಿ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರನ್ನು ನೇಮಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡ ಮತ್ತು ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯ ಹಂಚುವಿಕೆಯ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಲೆಕ್ಕ ಪತ್ರ ಅಧೀಕ್ಷಕರು ಮತ್ತು ಲೆಕ್ಕ ಪತ್ರ ಸಹಾಯಕರುಗಳನ್ನು ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೇಮಿಸಲಾಗಿದೆ.



ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ಹೊಸದಾದ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರ ಕೌಶಲ್ಯವನ್ನು ಮತ್ತು ಅದರ ಪೂರ್ಣ ಬಳಕೆ ಹಾಗೂ ಅದರ ಚಿಂತನೆಗಳನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಒಡಂಬಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದೇ ನಮ್ಮ ಮುಂದಿರುವ ಸವಾಲಾಗಿದೆ.



ಚಟುವಟಿಕೆ - 13	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
ಸಮುದಾಯದ ನಿಗಾವಣೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.	50% - 2007 100% - 2008	**ಸ್ವತಂತ್ರವಾದ ಪರಿಶೀಲನೆ**

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ಸಮುದಾಯದ ನಿಗಾವಣೆ, ರೂಪ ರೇಖೆಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸುವ ಒಂದು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದೊಂದಿಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಇದು 'Community Action' ಸಲಹಾ ಸಮಿತಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ 'Population Foundation of India' ದ ಶ್ರೀ ಎ.ಅರ್.ನಂದಾ ಅವರ ನೇತೃತ್ವದಲ್ಲಿ ಆರಂಭಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಅಸ್ಸಾಂ, ಛತ್ತೀಸ್‌ಘಡ್, ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ, ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ, ಒರಿಸ್ಸಾ, ಕರ್ನಾಟಕ, ತಮಿಳುನಾಡು, ರಾಜಾಸ್ಥಾನ ಮತ್ತು ಜಾರ್ಖಂಡ್ ರಾಜ್ಯಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಒಟ್ಟು 37 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಕಾರ್ಯಕಾರಿ ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿದಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರಾಡಳಿತ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಹಂತದಲ್ಲೂ ನಿಗಾವಣಾ ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು ರಚಿಸಲು ಕೋರಲಾಗಿದೆ. ಸಮುದಾಯ ನಿಗಾವಣೆಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲು ಪಂಚಾಯತ್ ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಕೈ ಜೋಡಿಸಿ ವಿವಿಧ ಘಟಕಗಳು ಪರಸ್ಪರ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿರುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಜನನೀ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯನ್ನು ಅಸ್ಸಾಂ, ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ, ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ, ರಾಜಸ್ಥಾನ ಮತ್ತು ಉತ್ತರಕಾಂಡ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಯಾಗಿದೆ. ಆರ್ಥಿಕ ನಿರ್ವಹಣಾ ಪದ್ಧತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೇರಳ, ತಮಿಳುನಾಡು, ಉತ್ತರಪ್ರದೇಶ, ಬಿಹಾರ ಮತ್ತು ಅಸ್ಸಾಂ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ 'Institute of Public Auditors of India' ಅವರಿಂದ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಆಗಿರುವ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು 13 ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ 2007ನೇ ನವೆಂಬರ್ 14ರಿಂದ 21ರ ವರೆಗೂ ಮೊದಲ 'First Common Review Mission' ನಿಂದ ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. ಈ Review Missionನಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಣಿತರು 'Mission Stearing Group' ಮತ್ತು 'Task Force' ನ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸದಸ್ಯರು, ರಾಜ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ನಿರ್ದೇಶಕರು ಸಚಿವಾಲಯದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಹಾಗೂ ಇತರರು ಇರುತ್ತಾರೆ. ಕಾಲಾನುಕಾಲಕ್ಕೆ ವಿವಿಧ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಾದ RCH-II, NVBDCP, RNTCP, IDSP ಮೊದಲಾದವುಗಳನ್ನು ಅಭಿಯಾನದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ಅರ್ಹತೆ ಇರುವ ಸ್ವತಂತ್ರ ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಮಾಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮುಂದಿನ ವರ್ಷ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಸ್ವತಂತ್ರ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವರದಿಗಳನ್ನು ಕೂಡ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

. ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಗಳ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಂದ ಕಲಿತ ಪಾಠಗಳನ್ನು ಪುನರ್ ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು ಅತ್ಯಗತ್ಯವಾಗಿದೆ.



ಚಟುವಟಿಕೆ – 14	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
ಉಪಕೇಂದ್ರ/ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ/ಸ.ಆ.ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಬೇಕಾಗುವ ಔಷದೋಪಚಾರಗಳನ್ನು ದೊರಕಿಸಿಕೊಂಡು ಅವುಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಹಂಚುವುದು.	50% – 2007 100% – 2008	ಹೊರಗಿನವರಿಂದ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲೂ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ದೊರಕಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಮತ್ತು ಹಂಚುವುದನ್ನು 'Tamilnadu Medical Service Corporation' (TNMSC) ಅನುಸರಿಸಿದ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಬಲಪಡಿಸಬೇಕೆಂದು ನಿರ್ದೇಶಿಸಿದೆ. ಈಗಾಗಲೇ ಹಲವಾರು ರಾಜ್ಯಗಳು ಈ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿ ಹೆಜ್ಜೆ ಇಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ ಔಷಧಿ ಒದಗಿಸಲು ಕೋರಿಕೆಗಳನ್ನು TNMSC ಮಾದರಿಯಲ್ಲೇ ಕೊಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಈ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿ ಮೂರು ದಿನಗಳ ಕಾರ್ಯಾಗಾರವನ್ನು ರಾಜ್ಯಮಟ್ಟದ ತಂಡಗಳಿಗೆ ಚನ್ನೈನಲ್ಲಿ ಯೋಜಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ರಾಜ್ಯಗಳ PIP ಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ರಾಜ್ಯಗಳು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ದಾಸ್ತಾನಿಸುವ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಸುಮಾರು ರೂ.400/– ಕೋಟಿ ಗಳನ್ನು ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳಲ್ಲೂ ಸಾಕಷ್ಟು ಔಷಧಿಗಳು ಸಿಗುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಹಲವಾರು ರಾಜ್ಯಗಳು ತಮ್ಮಲ್ಲಿ ಸಿಗುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಈ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಪ್ರತಿ ಹಂತಕ್ಕೂ ಸಾಕಾಗುವಂತೆ ಹಂಚಲು ಹಲವು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾದ ಪ್ರಯತ್ನ ಕೂಡ ಮಾಡಿವೆ.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಉದ್ದೇಶವೇನೆಂದರೆ ಪ್ರತಿ ರಾಜ್ಯವೂ ತನಗೆ ಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕ ಔಷಧಿಗಳ ಪಟ್ಟಿ ಹಾಗೂ ಮೂಲ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ದೊರಕಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಸಬಲರಾಗಿರಬೇಕೆಂಬುದು.



ಚಟುವಟಿಕೆ – ೧೮	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
ಎಸ್.ಹೆಚ್.ಸಿ./ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ./ಸಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ./ಉಪ ವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸುಸಜ್ಜಿತಗೊಳಿಸುವುದು. ಇದರಿಂದ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ Vector brone ಖಾಯಿಲೆಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಟಿ.ಬಿ./ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವವನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದು.	30% – 2007 50% – 2008 70% – 2009 100% – 2010	ವಾರ್ಷಿಕ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಸ್ವತಂತ್ರ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಶಾಖೆಗಳನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿ ಸಮಗ್ರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವುದೇ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಉದ್ದೇಶ. ಎಲ್ಲಾ ಹಂತದಲ್ಲೂ ಎಲ್ಲಾ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸಿ ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯನ್ನು ರಚಿಸಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವವನ್ನು ಒಂದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಬಿಂದುವಿನತ್ತ ತರಲು ಗಂಭೀರ ಪ್ರಯತ್ನ ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಅಭಿಯಾನದ ಮೂಲಕ ಪ್ರಸ್ತುತ ಇರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಾದ RCH-II, IDSP, NVBDCP, RNTCP, NPCB ಮುಂತಾದವುಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವ ಬಲಗಳನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಂಡು ಒಂದು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿ ಜನಗಳಿಗೆ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ನಂಬಿಕೆಯನ್ನು ಬೆಳೆಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ನಡೆಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವ ಮುಕ್ತನಿಧಿ ಮತ್ತು ಅಧಿಕ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಒಂದು ಅವಕಾಶ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಇದೇ ಅಭಿಯಾನದ ಉದ್ದೇಶ. ಇದರಿಂದ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೇಲೂ ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾದ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. IPHS ನಲ್ಲಿ 8 ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ರಚಿಸಲಾದ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಒಂದು ಆಧಾರವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ IPHSನ್ನು ತಲುಪುವ ಕೆಲಸವು ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಒಂದು ಸಾಮಾನ್ಯ ವೇದಿಕೆಯತ್ತ ಜಾಗೃತವಾದ ಒಂದು ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಯ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಒಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಆಧಾರಿತ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೂ ಲಾಭದಾಯಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ.



ಚಟುವಟಿಕೆ – 16	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಸ್ತಾರ ಸೂಚಿಗಳಾದ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ಸ್ತ್ರೀ ಸಬಲೀಕರಣ, ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಹದಿಹರೆಯದವರ ಶಾಲಾ ಶಿಕ್ಷಣ, ಸ್ತ್ರೀ ಸಾಕ್ಷರತೆ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವಂತೆ ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸುತ್ತದೆ.	30% – 2007 60% – 2008 100% – 2009	ಗುಣ ವಿಮರ್ಶಣಾ ಕ್ರಿಯೆ ಸ್ವತಂತ್ರವಾದ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಗಳು ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ PIP ಗಳಿಗೆ ಬೇರೆಯದೇ ಆದ ಅಂತರ ವಿಭಾಗೀಯ ಸಮನ್ವಯಕ್ಕೆ ಒಂದು ವಿಭಾಗವಿದೆ. (Part-E) ಗ್ರಾಮದಿಂದ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ವರೆಗೆ ಇರುವ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಿಗೆ ನೀಡಿರುವ ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯ ಅಂತರ ವಿಭಾಗೀಯ ಸಮನ್ವಯಕ್ಕೆ ಅನ್ಯ ಪರಿಣಾಮಕ ನಿಧಿಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುವುದೆಂದು ಭಾವಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ದಿನಾಚರಣೆಯ ಮೂಲಕ ICDS ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದೊಂದಿಗೆ ಸಮನ್ವಯತೆ ಕಾಣಬಹುದು. ಹೀಗೆಯೇ ಹಲವಾರು ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ, ಹದಿ ಹರೆಯದವರ, ಪೂರ್ವ ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳ ಮುಂತಾದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಮನ್ವಯತೆ ಸಾಧಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ, 23 ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವರ್ಷ PIP ಗಳಲ್ಲಿ ಶಾಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಆರಂಭಿಸಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ಅಂತರ ವಿಭಾಗೀಯ ಸಮನ್ವಯತೆ ಸಾಧಿಸಲು ಒಂದು ಹೊಸ ಹಾದಿಯನ್ನು ಕಂಡು ಹಿಡಿಯಲು ಇಚ್ಛಾಶಕ್ತಿ ಹಾಗೂ ನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಸಂದರ್ಭಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಈ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಅಂತರ ವಿಭಾಗೀಯ ಸಮನ್ವಯತೆಯನ್ನು ನಿಜಾಂಶವಾಗಿಸಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವು ಒಂದು ವೇದಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಅಸಾಮಾನ್ಯರ ಆಶೋತ್ತರಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸುವ ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸ್ಪಂದಿಸುವುದೇ ಈ ಅಭಿಯಾನದ ಮುಂದಿರುವ ಸವಾಲು.

ಚಟುವಟಿಕೆ - 17	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
ರಾಷ್ಟ್ರದ ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲೂ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆ	50% - 2007 100% - 2008	ಸ್ವತಂತ್ರ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ಕುಟುಂಬಗಳ ಮೂಲಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ರಾ.ಗ್ರಾ.ಆ.ಅಭಿಯಾನವು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯದ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಅಭಿಯಾನವು ಈ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಅಮೂಲ್ಯವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸುವುದು ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವುದೆಂದೇ ಹೊರತು ಮೇಲಿನ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಬೇಕು ಎಂದಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಕುಟುಂಬದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳು ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸಬೇಕಾದರೆ 'ಆಶಾ' ಸದಸ್ಯೆಯ ಹತ್ತಿರ ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳ ಮಾಹಿತಿ ಇರಬೇಕು. ಇದೇ ರೀತಿ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಯು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮೇಲ್ಮಟ್ಟದಾದ IPHS ಮೇರೆಗೆ ತರುವುದಕ್ಕೆ ಆಧಾರವಾಗುತ್ತದೆ. ಹಲವಾರು ರಾಜ್ಯಗಳು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಯು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದವರೆಗೂ ಮುಗಿದಿರುತ್ತದೆ. ಅಸ್ಸಾಂ ಅಂತಹ ಇನ್ನೂ ಹಲವು ರಾಜ್ಯಗಳು ಅಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮುಗಿಸಿರುತ್ತವೆ. ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳು ಹಿಂದುಳಿದು. ಈ ರೀತಿಯ ಮಾಹಿತಿಯು ಆಶಾಳ ಹತ್ತಿರ ಲಭ್ಯವಾಗುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ.

ಸಾಗಬೇಕಾದ ಹಾದಿ

ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮುಗಿಸಲು ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರಾಡಳಿತ ಪ್ರದೇಶಗಳು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಕಾಲಾವಧಿಯನ್ನು ಗೊತ್ತುಪಡಿಸಿ ಅವುಗಳ ದಾಖಲಾತಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ, ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ದೊರಕುವಂತಿರಬೇಕು. ಅಭಿಯಾನದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿಸಲು ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳ ಮಾಹಿತಿ ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾಹಿತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮಾಹಿತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲೂ ದೊರಕಬೇಕು. ಇದರಿಂದ ಸ್ಥಳೀಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಅರ್ಥವಾಗುವಲ್ಲಿ ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತದೆ.





ಚಟುವಟಿಕೆ – 18	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಫಲಿತಾಂಶ
ವಾರ್ಷಿಕ, ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವರದಿಯ ಪ್ರಕಟಣೆ	30% – 2008 60% – 2009 100% – 2010	ಸ್ವತಂತ್ರ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ಬರುವ ವರ್ಷದಿಂದ ಪ್ರಕಟಿಸಲಾಗುವುದು. ಕಾಲಾವಧಿ ಇನ್ನೂ ನಿಗಧಿಪಡಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ.



ಚಟುವಟಿಕೆ - 19	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿ ವರದಿ
ಸಂಸ್ಥೆ ಆಧಾರಿತ ಸಾಧನೆಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ Vs ಪ್ರಮಾಣಿಸಿದ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು	30% - 2008 60% - 2009 100% - 2010	ಸ್ವತಂತ್ರ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

ಕಾಲಮಿತಿ ಇನ್ನೂ ಇದ್ದರೂ ಕೂಡ ಗುಜರಾತ್, ಒರಿಸ್ಸಾ ಅಂತಹ ಹಲವು ರಾಜ್ಯಗಳು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸಾಧನೆಗಳನ್ನು ನಿಗಾವಣೆಗೆ ಒಂದು ಉಪಯುಕ್ತವಾದ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿವೆ. ಮುಂಬರುವ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಇದನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ದೇಶಾದ್ಯಂತ ಕಾರ್ಯನಿರತ ಮಾಡಲು ಒಂದು ಬಲಿಷ್ಠವಾದ HMIS ಸಾಧಿಸಲು ಆಶಿಸಲಾಗಿದೆ. HMIS ನ್ನು ಸದೃಢ ಹಾಗೂ ನಂಬಲರ್ಹವಾಗುವಂತೆ ಬೆಳೆಸಲು ಈಗ ಗಂಭೀರವಾದ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಿವೆ.



ಚಟುವಟಿಕೆ - 20	ಗುರಿ ತಲುಪಬೇಕಾದ ಸಮಯ	ಉಸ್ತುವಾರಿ ವರದಿ
ರಾಷ್ಟ್ರದ ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೂ ಸಂಚಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಘಟಕಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ.	30% - 2007 60% - 2008 100% - 2009	ಪ್ರಗತಿಯ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ವರದಿ

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಸಾಧನೆ

319 ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಸಂಚಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಘಟಕಗಳ ಸಲುವಾಗಿ ನಿಧಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿವೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಹಲವು ಕಡೆ ಇನ್ನೂ ಟೆಂಡರ್‌ಗಳು ತೀರ್ಮಾನಿಸುವ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ಚಾಲನೆಯಲ್ಲಿದ್ದು, ಘಟಕಗಳ ಕಾರ್ಯ ಆರಂಭವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಗುಜರಾತಿನಂತಹ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಘಟಕಗಳು ಚಾಲನೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ಒಳ್ಳೆಯ ಪ್ರಗತಿ ಸಾಧಿಸಿವೆ. ಇನ್ನೂ ಹಲವು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಅವರದೇ ಆದ ಸಂಚಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಘಟಕಗಳ ಪದ್ಧತಿಯಿದ್ದು ಅಂತಹ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಆಂದ್ರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಚಾಲನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಯಶಸ್ವೀ ಪದ್ಧತಿಯಾದ ಅಂಬುಲೆನ್ಸ್ EMRI ಕರೆ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಹಲವಾರು ಬೇರೆ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಅಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಈವರೆಗೆ 129 ಸಂಚಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಘಟಕಗಳು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಗತವಾಗಿವೆ.





ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ

ಭಾಗ – 4

ಮುಖ್ಯಾಂಶಗಳು

ಮುಖ್ಯಾಂಶಗಳು

ನಿವಾಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು

- 'ಆಶಾ', ಸದಸ್ಯೆಯನ್ನು ಔಷಧಿ ಕಿಟ್ ಹೊಂದಿರುವ ಸಮುದಾಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯಾಗಿ ನೇಮಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
- ಸ್ಥಳೀಯ ಆದ್ಯತೆ ಹಾಗೂ ಒಪ್ಪಂದದ ಮೇರೆಗೆ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು. ಉತ್ತಮವಾದ ಆಡಳಿತ
- ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ 24 x 7 ಕೆಲಸಕ್ಕಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರು
- ಹೊರವಲಯದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ/ಸ.ಆ.ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ (Incentives)



- ವಿಕೇಂದ್ರಿಸಲಾದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ನೇಮಕಾತಿಗಳು (ಸಡಿಲವಾದ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಕಾರ್ಯಬದ್ಧತೆ ಇರುವ) ಸ್ಥಳೀಯ ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆ/ಖಾಸಗಿ ಸಂಘಗಳು
- ವೈದ್ಯರ ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷಕರ ಸುಧಾರಿಸಿದ ಹುದ್ದೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆ
- ತಜ್ಞರ ಸೇವೆಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನ
- ಸಾಧನೆಗಳ ಆಧಾರ ರೇಖೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವುದು – ಎಲ್ಲಾ ಹಂತದಲ್ಲೂ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಹಣ ಪಾವತಿ – ನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ವೇತನ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ಆಧಾರಿತ ಹಣ ಪಾವತಿ
- ರೋಗಿಯು ಯಾವ ಯಾವ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುತ್ತಾನೋ ಅದೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹಣ ವ್ಯಯವಾಗಬೇಕು – ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಮೂಲಕ ಬಡತನದ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವವರಿಗೆ (BPL) ಉಚಿತ ಸೇವೆ.

ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಯೋಜನೆ

- ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ – ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅನುಗುಣವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.
- ಮೂಲ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಮೂರು ವರ್ಷಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾಗಿ ರಚಿಸುವುದು.
- ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಕಡ್ಡಾಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಸೇವೆ.
- ಶುಶ್ರೂಷಕರ ಸೇವಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ರಚಿಸುವುದು.
- ಎಲ್ಲಾ ಹಂತದಲ್ಲೂ ಶುಶ್ರೂಷಕರ ಶಿಕ್ಷಣದ ಸಬಲೀಕರಣ.
- ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲೂ ಶುಶ್ರೂಷಕರ ಕಾಲೇಜನ್ನು ತೆರೆಯುವುದು.
- ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಕಾಲೇಜುಗಳಿಲ್ಲದ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯನ್ನು ನೀಗಿಸುವುದು – ಅವುಗಳನ್ನು ರಾಜ್ಯ/PPP ಮೂಲಕ 300+ ಹಾಸಿಗೆ ಇರುವ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಸೇರಿಸುವುದು.
- ಶುಶ್ರೂಷಕರ ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ಉನ್ನತೋಮುಖ ಮಾಡುವುದು– ಆಶಾ, AWW,ANM, Staffnurse, ಜಿಲ್ಲಾ ಶುಶ್ರೂಷಕರು, ಶುಶ್ರೂಷಕ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರು.
- ಆಯುಶ್ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಸಹನಿವಾಸಿಗಳನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವುದು
- RMP ಗಳಿಗೆ ತರಬೇತಿ ಕೊಡುವುದು ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವುದು – ಕಾನೂನು ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಯಲ್ಲಿ.
- ವಂಚಕರು ಮತ್ತು ಅಳಲೇಕಾಯಿ ಪಂಡಿತರನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲಗೊಳಿಸುವುದು.

ಸಶಕ್ತರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಿಸುವ ಮೂಲಕ ಸಮುದಾಯದ ಸಹಭಾಗಿತ್ವವನ್ನು ಪರಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಮಾಡುವುದು

- ಎಲ್ಲಾ ಹಂತದಲ್ಲೂ ಸಮುದಾಯದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ರಚನೆಯಾಗಿದೆ/ರಚನೆಯ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿರುವುದು ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಸಮಿತಿ ಉಪ ಕೇಂದ್ರ ಹಂತದ ಪಂಚಾಯತ್ ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಮಿತಿ: ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ, ಸ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ., ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಂತಗಳ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮಿತಿಗಳು, ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ, ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ.



- ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೆ ಲಭ್ಯವಾಗುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು.
- ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿರುವ ಮುಖಂಡರನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅದರ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ತೊಡಗಿಸುವುದು.
- ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಮೂಲಕ ಆಶಾಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಮಾಡುವುದು.
- ಸುಧಾರಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ವಹಣೆ
- ಎಲ್ಲಾ ಹಂತದಲ್ಲೂ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಶಕ್ತಿಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣ –ಸ್ಥಳೀಯ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವುದು – ಪಂಚಾಯತಿ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಅಬಿವೃದ್ಧಿ ಅಂಶದ ಮೇಲೆ.

ತರಬೇತಿ ನೀಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದು

- ಎಲ್ಲಾ ಹಂತದಲ್ಲೂ ಕುಶಲತೆ ಆಧಾರಿತ ತರಬೇತಿ – ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ದಾದಿಯರು, ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಮನೆ ಮಟ್ಟದ ಆರೈಕೆ. IMNCI, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ.
- ಎಲ್ಲಾ ಹಂತದಲ್ಲೂ ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರಗಳು.
- ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಬೆಳೆಸುವಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ.
- ಕಿ.ಮ.ಆ.ಸ. ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಪ್ರಾಂತೀಯ ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರಗಳು, SIHFW, NIHFW ಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು.
- ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಸದಾದ ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದು. ಜಿಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಕೇಂದ್ರಗಳು
- ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ (Resource) ಆಧಾರ ಗುಂಪುಗಳು.



ಉತ್ತಮ ಮಟ್ಟದ ಸಾಧನಗಳ ಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಮತ್ತು ವಿತರಣಾ ನಿರ್ವಹಣೆ TNMSC ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ

- ಎಲ್ಲಾ ಹಂತದಲ್ಲೂ ಪದ್ಧತಿಯ ಸುಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ಸಬಲೀಕರಣ.
- ಪ್ರತಿ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ TNMSC ಮಾದರಿಯ ಅಳವಡಿಕೆ.
- ಹಲವಾರು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಈಗಾಗಲೇ ಕಾರ್ಯನಿರತವಾಗಿವೆ. ಈ ರಾಜ್ಯಗಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯಕ.
- ಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಮತ್ತು ವಿತರಣೆಯ ಒಂದಕ್ಕೊಂದರ ಜೋಡಣೆ.
- ಔಷಧಿಗಳ ಕೋರಿಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಣೆಗೊಳಿಸುವುದು.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ನಿರ್ವಹಣೆ

- ಎಲ್ಲಾ ಹಂತದಲ್ಲೂ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಲಾದ ಮುಕ್ತ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು
- ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಸಮಗ್ರತೆ ಹಾಗೂ ಸಮಾಗಮತೆ – ನೀರು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ, HIV/AIDS/ಶಾಲಾ ಆರೋಗ್ಯ, ಶಿಕ್ಷಣ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ, ICDS ಮುಂತಾದವುಗಳು.
- ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಮುಂಖಂಡತ್ವ – ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಸಹಾಯ; ಒಪ್ಪಲಾದ ಮಟ್ಟಗಳು ಮತ್ತು ಅಧಾರ ರೇಖೆಗಳು (ರಾಜ್ಯಗಳ ಜೊತೆ ಹೊಂದಿರುವ ಒಪ್ಪಂದದ ಮೇರೆಗೆ (MOVS) ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಬೆಳೆಸುವಲ್ಲಿ ಒತ್ತಾಸೆ.
- ಜಿಲ್ಲಾ ಹಾಗೂ ಘಟಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಮತ್ತು ಅಧಾರ ಗುಂಪುಗಳು
- ಇತರ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೂ SHC/PHC/CHC ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಒಂದು ವೇದಿಕೆ ಕಲ್ಪಿಸುತ್ತವೆ.

ನಿಗಾವಣೆ ಮತ್ತು ಮೌಲ್ಯ ಮಾಪನ

- ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮುಖ್ಯವಾದ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಎಲ್ಲಾ ಹಂತದಲ್ಲೂ, IPH ಮಟ್ಟ ತಲಪುವುದನ್ನು ನಿಗಾವಣೆ ಮಾಡುವುದು – SHC/PHC/CHC/Subdivisional (ಉಪ ವಿಭಾಗ/ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮಟ್ಟ)
- ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಆಧಾರವಾಗಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಯ ನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಬೇಕು.



- ಘಟಕ, ಜಿಲ್ಲಾ, ರಾಜ್ಯಗಳ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವತಂತ್ರವಾದ ನಿಗಾವಣೆ ಸಮಿತಿಗಳು – JSA ಮೂಲಕ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲಿಗೆ ಸಮುದಾಯ ನಿಗಾವಣೆ.
- ಸ್ವತಂತ್ರವಾದ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ/ಸಮೀಕ್ಷಾ ಪದ್ಧತಿ ಕಾರ್ಯನಿರತವಾಗುತ್ತಲಿದೆ.
- ವಾರ್ಷಿಕ, ರಾಜ್ಯ ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ವರದಿ ಕಾರ್ಡುಗಳು
- ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸ್ಪಂದನಗಳು, MIS, ಲೆಕ್ಕಪರಿಶೀಲನೆ, ಪಂಚಾಯತ್‌ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿ ಮುಂತಾದವುಗಳು.
- ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಪುನರ್‌ವಿಮರ್ಶೆ ಅಭಿಯಾನ.

ನಿಗಾವಣಾ ಅರ್ಹ ಸೂಚಿಗಳು – 2008

- ರಾಷ್ಟ್ರಾದ್ಯಂತ ಇರುವ 6 ಲಕ್ಷ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಗ್ರಾಮದ ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗೆ ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯ ಸಹಾಯದಿಂದ ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿಗಳ ಸ್ಥಾಪನೆ.
- ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ಹಾಗೂ ಔಷಧಿ ಕಿಟ್ಟು ಹೊಂದಿರುವ 5 ಲಕ್ಷಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ 'ಆಶಾ' ಮತ್ತು ಇತರ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ಪ್ರತಿ ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆ/ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನಸಮೂಹವಿರುವ 18 ವಿಶೇಷ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯದ ಗಿರಿಜನ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿರುವ ನೇಮಕಾತಿ.
- ಸುಮಾರು 1.50 ಲಕ್ಷ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರತವಾಗಿರುವ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಅದರಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಶತ 30 ರಷ್ಟು (30 ಸಾವಿರ) ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇಬ್ಬರು ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು ಔಷಧಿ ವಿತರಣೆ ಜೊತೆಗೂಡಿ ಮೂಲ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿರಬೇಕು.
- ಪ್ರತಿ ಅಂಗನವಾಡಿಯು ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ, ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ಮತ್ತು ನೀರು ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶದ ದಿನಗಳನ್ನು ಅಲೋಚಿಸುವುದು.
- ಮೂರು ಜನ ಶುಶ್ರೂಷಕರನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ 10,000 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, 24 x 7 ನಿರಂತರ ಸೇವೆ ನೀಡಬೇಕು.
- ಒಳರೋಗಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಉಳ್ಳ 2000 ಘಟಕ ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು (CHC) 24 x 7 ನಿರಂತರ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡಬೇಕು.
- ಉತ್ತಮ ಗುಣ ಮಟ್ಟವುಳ್ಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದಕ್ಕೆ 200 ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು.
- ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಕಾರ್ಯತತ್ಪರತೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಮತ್ತು ಘಟಕ ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ರಚಿಸಬೇಕು.
- ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆ ಮುಗಿದಿದ್ದು, ಕಾರ್ಯನಿರತವಾಗಿರಬೇಕು
- ಎಲ್ಲಾ ಉಪಕೇಂದ್ರ, ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ., ಸ.ಆ.ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಮುಕ್ತ ನಿಧಿ ಹಾಗೂ ವಾರ್ಷಿಕ ಅನುದಾನವನ್ನು ಕ್ರಮಬದ್ಧವಾಗಿ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಬಳಸಬೇಕು.
- ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲೂ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ನಿರ್ವಹಣಾ ಕೌಶಲ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರತವಾಗಿರುವ ರಾಜ್ಯ ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಮತ್ತು ಸಮಾಜ ಇರಬೇಕು.



- ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯದ 200 ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಸಮುದಾಯ ನಿಗಾವಣೆ ಪದ್ಧತಿ ಹೊಂದಿರುವ ಜೊತೆಗೆ ಹೊರಗಿನವರಿಂದ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಪದ್ಧತಿ ಇರಬೇಕು.
- ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲೂ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳ ಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ, ನಂಬಿಕೆಗೆ ಅರ್ಹವಾಗಿ ಮತ್ತು ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿ ಇರುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರಬೇಕು.
- ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳ ಒಳಗೆ ಹಾಗೂ ಅಂತರ ವಿಭಾಗೀಯ ಸಮನ್ವಯತೆಯು, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಕಾರ್ಯರೂಪದಲ್ಲಿ ಬಿಂಬಿತವಾಗಬೇಕು.
- 300 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರತವಾಗಿರುವ ಸಂಚಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಘಟಕಗಳು ಇರಬೇಕು.

NRHM - Statewise Update October, 2007

Sl. No.	Name of State / UT	VHSC	ASHA / Linke Worker	FRU-DH, SDH, CHC, PHC	24 x 7 PHCs	Contractual ANM & SN	Contractual Doctors & Specialist
	High-Focus-Non NE						
1.	Bihar		63454	23	426	1092	1533
2.	Chhattisgarh		60092	76	192	5439	1708
3.	Jharkhand		27929	0	0	1315	0
4.	Madhya Pradesh		38464	95	337	1613	302
5.	Rajasthan	9188	37766	88	63	6887	890
6.	Orissa		46244	96	0	894	0
7.	Uttar Pradesh	24553	128607	196	785	2696	75
8.	Uttarakhand	7249	9268	26	23	69	0
9.	Jammu & Kashmir	6253	9764	80	57	422	143
10.	Himachal Pradesh		0	51	95	196	13
	Total (High focus Non-NE)	**47243**	**421588**	**731**	**1978**	**20623**	**4664**
	High-Focus-NE						
1.	Assam		25400	64	759	4198	89
2.	Arunachal Pradesh	1194	2843	19	52	0	0
3.	Manipur	1512	3000	5	20	301	6
4.	Meghalaya	3840	5438	19	8	84	9
5.	Mizoram	366	737	35	96	63	0
6.	Nagaland	1278	1278	11	117	135	37
7.	Tripura	419	1229	5	53	30	27
8.	Sikkim	402	450	10	24	43	0
	Total (High Focus NE)	**9011**	**40375**	**168**	**1129**	**4854**	**168**
	TOTAL-HIGH FOCUS	**56254**	**461963**	**899**	**3107**	**25477**	**4832**
	Non-High Focus						
1.	Andhra Pradesh	21916	63900	193	1320	1087	169
2.	Goa		0	2	39	16	12
3.	Gujarat	10742	1029	60	253	365	362
4.	Haryana	4589	6966	160	401	2070	26
5.	Karnataka	15218	0	78	399	759	55
6.	Kerala	15451	1377	10	394	1164	872
7.	Maharashtra	24000	5969	217	890	2539	192
8.	Punjab		0	112	380	22	7
9.	Tamilnadu	12618	0	83	1920	2255	0
10.	West Bengal		2111	45	167	0	115
11.	A & N Islands	20	0	1	13	31	0
12.	Chandigarh		0	4	0	30	0
13.	D & N Haveli		0	1	6	15	1
14.	Daman & Die		0	3	8	0	4
15.	Delhi		0	36	3	396	150
16.	Lakshadweep		0	4	12	0	3
17.	Puducherry		0	9	83	86	7
	Total (non-high focus)	**104554**	**81352**	**1018**	**6288**	**10835**	**1975**
	Grand Total	**160808**	**543315**	**1917**	**9395**	**36312**	**6807**

VHSC : Village Health & Sanitation Committee; **FRU** : First Referral Unit; **DH** : District Hospital; **SDH** : Sub Divisional Hospital

